

**Universidad Andina Simón Bolívar**

**Sede Ecuador**

**Área de Estudios Sociales y Globales**

Maestría en Relaciones Internacionales

Mención en Cooperación Internacional para el Desarrollo

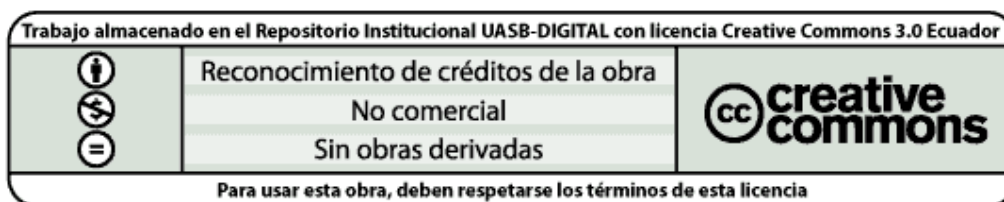
### **Transición de paradigma**

**De la salud internacional a la salud global y su influencia actual en la cooperación internacional para el desarrollo en América Latina, en el ámbito de la salud**

Verónica Elizabeth Pauker García

Tutor: Germán Alfredo Rodas Chaves

Quito, 2018





## **CLAUSULA DE CESION DE DERECHO DE PUBLICACION DE TESIS/MONOGRAFIA**

Yo, Verónica Elizabeth Pauker García, autor/a de la tesis intitulada “Transición de paradigma: de la Salud Internacional a la Salud Global y su influencia actual en la Cooperación Internacional para el desarrollo en América Latina, en el ámbito de la Salud”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magister en Relaciones Internacionales y Cooperación Internacional para el Desarrollo en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.

2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.

3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha. 04 de Mayo de 2018

Firma: .....



## **Resumen**

Esta investigación está dedicada a demostrar como la posible transición de paradigma entre Salud Internacional (SI) a Salud Global (SG) ha influenciado en la Cooperación Internacional para el Desarrollo de América Latina. La primera surge durante el periodo de la guerra fría, como necesidad de proteger el comercio en el marco de la disputa geopolítica y de la lucha por la hegemonía, mientras la otra nace de un mundo multipolar, economías emergentes y las interdependencias económicas.

La crisis económica de los países de la OCDE y la disminución de la AOD, llevan a los estados latinoamericanos a buscar otras alternativas de cooperación, acudiendo a las economías emergentes, así como también a procesos de convergencia entre las naciones, con la finalidad de compensar de alguna manera el retiro parcial de la CID. Una cooperación, basada en principios de solidaridad, horizontalidad y reciprocidad, dan lugar al resurgir de la Cooperación Sur- Sur en todas sus formas, con el fin de revertir las desigualdades y la falta de acceso a la salud, todo ello gracias al apoyo de socios con experiencia en las mismas condiciones, cuya base es un discurso ideológico y político, manejado desde el ejecutivo.

En este escenario emerge la Salud Global Latinoamericana, como respuesta a las nuevas demandas globales, encaminada a enfrentar enfermedades emergentes y reemergentes en la región, así como la construcción de políticas en salud pública para afrontar los nuevos retos y colocar a la salud como un derecho público mundial, forjado en las agendas regionales.

Por lo tanto, la transición de S.I. a S.G., no es un proceso único u originario de la globalización, sino la confluencia de varios elementos, como son: una respuesta renovada del pensamiento médico y la necesidad de modificar las prácticas en el marco internacional, las interdependencias económicas, la búsqueda latinoamericana de alternativas para solucionar sus problemas de educación, salud, y desarrollo, a través de un discurso político e ideológico contrahegemónico. Nuevas estructuras y actores se presentan en la arquitectura de la ayuda en la región latinoamericana, con sus ventajas y desventajas, siendo un proceso que desgraciadamente desde el sur ha generado las mismas prácticas que la cooperación Norte-Sur. Finalmente ha resultado más de lo mismo, pues las deudas pendientes de desigualdad, lucha contra la pobreza, falta de acceso y cobertura universal en salud persisten.



## **Dedicatoria**

***“Navega el navegante, aunque sepa que jamás tocará las estrellas que lo guían”***

A mi padre...





## **Agradecimiento**

Mi agradecimiento al Profesor Germán Rodas Chaves, por ser mi mentor, en la construcción de ideas y de nuevas propuestas, desde el inicio de mi carrera. Su tutoría ha sido fundamental para darle el orden justo a cada propuesta de esta investigación.

A mi familia...



## Índice de contenidos

Resumen

Introducción

### I.Marco Teórico

#### Capítulo Primero.....33

#### 1.La transición de Salud Internacional a Salud Global.....33

##### 1.1.Salud Internacional estrategia o enfoque de las RRII en el campo de la salud.....36

1.1.1. Desarrollo y sus características.....37

1.1.2. Salud Internacional y su presencia en el mundo.....38

1.1.3. El Alma Ata: Hito contrahegemónico en el periodo de la Salud Internacional.....54

1.1.4. Salud Internacional en América Latina, en la época del Desarrollismo.....58

1.1.5. Estructura de la Salud Internacional.....63

1.1.6. Ventajas, desventajas y riesgos de la Salud Internacional.....66

##### 1.2. Nuevo paradigma para posicionar a la Salud Global como bien público mundial.....67

1.2.1. Globalización y Salud.....67

1.2.2. Salud global: Antecedentes, características, estructura (organizaciones internacionales), políticas y SNS.....76

1.2.3.Latinoamérica y el pensamiento médico contrahegemónico.....87

1.2.4. Salud Global en Latinoamérica.....93

##### 1.3. Desde el Alma Ata hasta la Agenda post-2015: Breve recorrido histórico....99

1.3.1. Agendas relevantes en salud, la Transición de SI a SG.....104

1.3.2.Agenda Post-2015, Objetivos Globales vs ODS.....112

1.3.3. Recuperando valores, reivindicando derechos o volviendo la vista al pasado113

#### Capitulo Segundo.....117

|  |             |
|--|-------------|
| <b>2.Geopolítica de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en Salud Global.....</b>                                 | <b>117</b>  |
| <b>2.1. Bloques y convergencias de las Naciones por la Salud.....</b>  | <b>118</b>  |
| 2.1.1. <i>La salud desde la integración: Todavía un reto .....</i>   | <i>127</i>  |
| 2.1.2. <i>Migración e Intercambio de profesionales de la salud: Una realidad Global que vive nuestra región.....</i>         | <i>131</i>  |
| 2.1.3. <i>Cuba el Gold Estándar de la APS y la internacionalización de sus misiones..</i>                                    | <i>134.</i> |
| <b>2.2. La C.S.S. y su papel en La Salud Global.....</b>   | <b>139</b>  |
| 2.2.1. <i>Nuevos actores y nuevas convergencias .....</i>  | <i>139</i>  |
| <b>2.3. Ecuador del drama a la anécdota en sus intentos de liderazgo.....</b>  | <b>143</b>  |
| 2.3.1. <i>Salud Global y la propuesta Ecuatoriana.....</i>   | <i>144</i>  |
| 2.3.2. <i>Objetivos del Buen Vivir.....</i>  | <i>145</i>  |
| 2.3.3. <i>Arquitectura de las RRII y la CID del Estado Ecuatoriano.....</i>  | <i>146</i>  |
| 2.3.4. <i>Relación Cuba-Ecuador: Logros vs Fracasos.....</i>   | <i>147</i>  |
| <b>2.4. APS: “Más Allá de la estrategia” y el papel de los médico de familia en el marco de las RRII y CID en salud.....</b> | <b>149</b>  |
| <b>2.5. ¿Transición o No?.....</b>   | <b>151</b>  |
| <b>III CONCLUSIONES.....</b>   | <b>155</b>  |
| <b>IV BIBLIOGRAFIA.....</b>  | <b>159</b>  |
| 4.1. <i>Bibliografía de páginas web.....</i>   | <i>162</i>  |

## **Lista de Abreviaturas**

ACE: Acuerdos de Complementación Económica  
AOD: Ayuda Oficial al Desarrollo  
ALCA: Área libre del comercio  
ALBA: Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América  
BM: Banco Mundial  
BRICS: Brasil, Rusia, India, China, Sudáfrica  
CAF: Corporación Andina de Fomento  
CAN: Comunidad Andina de Naciones  
CARICOM: Comunidad del Caribe  
CATOCI: Comité Andino de Titulares de Organismos de Cooperación Internacional  
CELAC: Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños  
CEPAL: Omisión Económica para América Latina y el Caribe  
CID: Cooperación Internacional para el Desarrollo  
CSS: Cooperación Sur-Sur  
GT-CSS: Grupo de Trabajo - Cooperación Sur-Sur  
MGI: Medico General Integral  
MERCOSUR: Mercado Único del Sur  
M&E: Sistemas de Monitoreo  
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico  
OMC: Organización Mundial de Comercio  
OMUDES: Organismos Multilaterales de Desarrollo  
ONGs: Organizaciones no Gubernamentales  
OIT: Organización Internacional del Trabajo  
SAT: Sector de Asesoría Técnica Mercosur

SAI: Sistema Andino de Integración

SECI: Sistema Ecuatoriano de CID

SENPLADES: Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo

SICA: Sistema de integración Latinoamericana

SI: Salud Internacional

SETECI: Secretaria técnica de Cooperación Internacional

SG: Salud Global

TCP: Tratado de Comercio de los Pueblos

UTCEM: Unidad Técnica de Estadística

UTCI: Unidad Técnica de Cooperación

UNASUR: Unión de las Naciones Sudamericanas

UTF: Unidad Técnica Focus

ZLC: Zona libre de Comercio Andina

| <b>Lista de Tablas</b>  | <b>Página</b> |
|---|---------------|
| <b>Tabla 1.</b> Conferencias Sanitarias Internacionales.....                            | 42            |
| <b>Tabla 2.</b> OMUDES.....   | 84            |
| <b>Tabla 3.</b> Campos de Conocimiento relacionados con la salud de las poblaciones.... | 90            |
| <b>Tabla 4.</b> Encuentros más relevantes en salud.....                                 | 102           |
| <b>Tabla 5.</b> ODS.....  | 108           |
| <b>Tabla 6.</b> Diferencia entre ODS y Alma Ata.....                                    | 110           |





## **Presentación**

El presente trabajo de investigación, ofrece un análisis del panorama actual del sector salud frente al proceso de la globalización y como su injerencia, aparentemente ha construido un nuevo marco de las relaciones internacionales, desplazando a la salud internacional por la salud global, a partir de lo cual, nacen nuevos conceptos y lineamientos, tanto para los Estados participantes en la AOD (ayuda oficial para el desarrollo), así como para los Estados receptores de la ayuda. Una reorganización de cada uno de los actores de la cooperación internacional, para sobrellevar un momento de crisis económica, en la cual la AOD, se ve reducida, llevando a los países del Sur a buscar otras alternativas en oferentes y financiadores de los proyectos de desarrollo, situación que nace conjuntamente a un discurso político e ideológico, contrahegemónico, fortaleciendo la cooperación Sur-Sur, denominada también triangular.

Es así como aparentemente se produce una transición de paradigma, donde se evidencia una evolución del pensamiento médico, que permite develar un proceso histórico y progresivo de ideas, forjando una reforma de los sistemas de salud, sus políticas pública, sus acciones, estrategias, alineadas a las agendas internacionales, establecidas por OPS, fortaleciendo agendas regionales; incluso podemos afirmar que en el caso de los Estados del Sur han construido sus propias agendas internas.

Respecto de los países Latinoamericanos, puedo decir que han sido un referente en los nuevos sistemas de cooperación internacional caracterizados por valores de solidaridad, multiplicidad y flexibilidad en la ayuda, en la búsqueda del desarrollo como un desafío, por medio de una asociación horizontal que apuesta por la eficacia y la eficiencia en los recursos, partiendo de experiencias en realidades similares y fortaleciendo las relaciones entre los países de la misma región, de esta manera se promueve en este periodo la integración. Todos y cada uno de estos principios se ven reflejados en los cambios sucedidos en el sistema global de cooperación.

Modificaciones importantes generados en la esfera mundial, han edificado un claro proceso global, en el marco de las relaciones internacionales, la cooperación al desarrollo y en el ámbito de la salud, cuyos efectos se caracterizan por: el incremento de las inequidades, cambio de las fuerzas de poder, un impacto sanitario y

epidemiológico, deterioro ambiental y una transnacionalización de los servicios de salud.

El efecto de la globalización es de radical importancia en la elaboración de políticas públicas que permitan enfrentar los nuevos riesgos para la salud como son las enfermedades emergentes y re-emergentes. Se espera que estas políticas públicas sanitarias sean incluyentes para los ciudadanos y los colectivos, con la finalidad de alcanzar una integración sin dependencias para conquistar el desarrollo tan deseado.

Entrando en el tema que nos compete, al referimos a la salud internacional, podemos decir que se caracteriza por relaciones bilaterales, lideradas en su mayoría por OPS/OMS para el apoyo a países en estado de vulnerabilidad, frente a epidemias o amenazas sanitarias en frontera, cuyo resultado han sido políticas y estrategias regionales, siendo su punto negativo, el descuido de las prioridades individuales de los estados, situación que ha limitado la cobertura de las verdaderas necesidades de cada país.

La salud global, en cambio es un contexto que ha fortalecido la cooperación triangular y Sur-Sur como una ayuda solidaria, científico técnica, en la cual aparecen nuevos actores, con diversos roles, nuevas alianzas y asociaciones, para trabajar en las realidades comunes y prioridades individuales, sus prácticas se basan en experiencias de condiciones similares, lo que permite una mayor influencia en la salud pública de cada país.

En este orden de cosas apareció un nuevo “hacer” en las RRII y CID en salud, de la región Latinoamericana, propiciando características propias a los siguientes países: Cuba, Venezuela, Brasil, Argentina y Ecuador, afirmados en acuerdos de solidaridad para alcanzar un desarrollo conjunto en este campo y en la perspectiva de resolver déficits particulares que favorezcan a las políticas de salud pública de estas naciones.

Nuevas alianzas, nuevas convergencias y bloques surgen, de esta manera, para potenciar las normas, las políticas, en el intercambio más importante de la cooperación, como es la participación científica técnica en salud, representada en la mano de obra profesional, para compensar las necesidades por la falta del talento humano capacitado. Esta cooperación también se ha evidenciado en las instancias como: CAN, MERCOSUR, ALBA, UNASUR, CELAC, unas más fortalecidas que otras y procedentes de momentos históricos distintos, pero claves para el análisis de discurso

político, motivaciones ideológicas y ejecución de actividades de cooperación en Salud en el Sur del continente.

Parecería, plasmarse el ideario latinoamericano, en el sentido de una cooperación latinoamericana basada en los principios del Libertador, pero desgraciadamente los aprendizajes del norte, se han quedado impresos, pese a los sensibles fines, convirtiendo a esta cooperación en acuerdos políticos generados en instancias de cancillería, como ayuda atada y valorados los resultados en forma mínima. Además de una competencia indiscriminada entre los supuestos oferentes de la ayuda, intentando alcanzar el primer lugar en la región, para ganar espacios en el marco internacional con la finalidad de intervenir en la toma de decisiones de diversa índole.

En conclusión se ha generado una competencia entre países por la hegemonía de la cooperación internacional para el desarrollo en la Salud de las Américas, logrando la continuidad de un mismo proceso con distintos actores.

En esta investigación se encontraran algunos de los argumentos que apoyan estas reflexiones; sin embargo desde el planteamiento de esta propuesta hasta la fecha, se han dado cambios diversos, que comentaremos en este documento, en afán de mantener actualizada la información.



## **Introducción**

La globalización es un término que trae a la mente el libre flujo de capitales, y de información, encaminando la vida de las sociedades a adaptarse a diversos parámetros como los indicadores productivistas y consumistas rentables.

Dentro del modelo global, los Estados Nación se enfrentan a nuevos paradigmas que conllevan cambios estructurales para emplear metodologías “ideales” como los procesos de calidad. Esto nos hace pensar que su influencia ha sido en todos los campos, incluyendo a los de la ciencia, como son las ciencias de la salud, por esta razón la aparición del término “Salud Global” nos permite construir varias hipótesis en relación a esta categoría, ya que nos haría considerar que constituye un influjo más del proceso global y no un acumulo de procesos que convergen en sí mismos para construir una nueva forma de vivir la salud en el marco de las Relaciones Internacionales y el de la Cooperación Internacional para el Desarrollo, por esta razón, inicié la investigación de la transición del posible paradigma de la Salud Internacional a la Salud Global.

La pregunta central que pretendemos responder en esta investigación, es: ¿Si la transición de paradigma entre la Salud Internacional a Salud Global, representa un cambio en las RRII y CID en salud, transformando las políticas de salud pública actuales en algunos países latinoamericanos (Cuba, Venezuela, Argentina, Ecuador, Brasil) o es solo una competencia entre estas naciones para hegemonizar la Cooperación Internacional para el desarrollo en la salud de las Américas, logrando la continuidad del mismo proceso de la cooperación Norte- Sur?.

Para responder a nuestra hipótesis emplearemos el método descriptivo, inductivo (general a lo particular), finalizando en el análisis de cada uno de los elementos, explicados en las conclusiones de este trabajo.

A través de una visión crítica en el transcurso de este documento, nos apoyaremos en fuentes bibliográficas secundarias y los autores principales que citaremos son: Jaime Breihl, Emilio Quevedo, Rafael Domínguez, Germán Rodas, Franco y Berlinger, Marcos Cueto entre otros. Las fuentes restantes se incluirán en la bibliografía.

Por otra parte hemos planteado para su desarrollo un objetivo general y siete objetivos específicos, en cada uno de ellos incluiremos la o las obra/s, sumado al autor que utilizaremos para alcanzarlos.

El objetivo general consiste en: Determinar si la transición de un nuevo paradigma entre Salud Internacional a Salud Global, es producto de la globalización de la salud, generando una categoría nueva en el abordaje de las Relaciones Internacionales y la Cooperación Internacional para el desarrollo, en el ámbito de la salud.

A continuación enumeraremos los objetivos específicos:

1. Analizar la transición de Salud Internacional a Salud Global, con la finalidad de conocer las diferencias existentes entre estos dos enfoques en el marco de las Relaciones Internacionales y de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en el sector de la salud, para descubrir sus ventajas, desventajas, riesgos o si es la continuidad del mismo proceso.
2. Comparar los lineamientos del Alma Ata con las Agendas más importantes en salud, como una reafirmación de “valores” en las prácticas de la salud y su influencia internacional en las políticas públicas de los países latinoamericanos que se adscriben a tales agendas.
3. Comparar, la relación y resultados entre ODM y ODS, para saber si retorno a una visión pasada o se replantearon nuevos valores en las agendas de salud, en el marco de las RRII y la CID.
4. Precisar las características de los Bloques regionales latinoamericanos y sus convergencias en salud, bajo un nuevo reordenamiento mundial y cómo ha generado nuevas propuestas para la región, con la finalidad de afrontar los desafíos impuestos por la salud global.
5. Legitimar el resurgimiento de la Cooperación Sur- Sur en el campo de la salud, a manera de movimiento solidario de los pueblos del sur (Cuba, Ecuador, Venezuela, Brasil, Argentina), como una herramienta para enfrentar sus necesidades de desarrollo, y cobertura de salud, dentro del contexto de la “eficacia” de la ayuda.
6. Comparar los logros del Estado Cubano, como el “*gold standard*” de la APS y sus misiones, versus el Estado Ecuatoriano, en sus intentos de ser nominado líder en el marco de la cooperación internacional en salud.

7. Concebir al APS, más allá de la estrategia, en su relación con el rol de los médicos en el marco de las relaciones internacionales y de la cooperación en salud.

Una vez establecida la pregunta de investigación, nuestros objetivos principal y específicos, descrita la metodología y mencionados los autores que citaremos, realizaremos un preámbulo de nuestra temática. Diremos entonces que las Ciencias Sociales aportan con elementos que en el ámbito de la salud, contribuyen con la explicación del fenómeno de la salud- enfermedad, desde una visión más amplia, ya que por varios siglos el positivismo ha dominado la investigación en el ámbito sanitario. Se abren espacios de transdisciplinaridad, con la finalidad de abordar los diversos fenómenos desde múltiples aristas del conocimiento, como son: Las colectividades, el ambiente, factores económicos, culturales, étnicos, condiciones laborales, entre otras, para restablecer la salud, prevenir las enfermedades e identificar las relaciones de poder, que perjudican el acceso a este bien público mundial (la salud).

Una posición crítica y emancipadora nace en un Marco Internacional y de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en el ámbito de la salud. Estas formas de comprender la salud en los diferentes periodos históricos, se denomina pensamiento médico - social.

Por lo tanto, si definimos al pensamiento médico-social, podemos hacerlo de la siguiente manera: “Es el conjunto de ideas, teorías y concepciones sobre el papel determinante de las condiciones socioeconómicas y las medidas médico-sociales para fomentar la salud de los ciudadanos”, esta definición que pertenece a Garcés-Garcés B. Roque-Roque L, Molina Gómez A. (los detalles de su trabajo de investigación los colocaremos en la bibliografía), cumple con el parámetro que pretende nuestra propuesta corroborar.

Hablamos entonces de la sustitución/transición del pensamiento biomédico por el médico-social, un nuevo paradigma en la forma de hacer y considerar la salud, que se fortaleció como una respuesta a las necesidades de la población global, cuyo inicio tuvo lugar en Alemania(Johann Peter Frank, Alfred Grotjhan, Virchow y Nueman), estas ideas en la región latinoamericana se construyeron a partir de los años setentas, a través de grupos de investigadores distribuidos por varios países entre los que tenemos a María Isabel Rodríguez, Juan Cesar García, Jaime Breilh. En la década de los ochentas personajes involucrados en el proceso revolucionario cubano como el

Che Guevara, F.Castro, entre otros, son considerados como promotores del pensamiento médico-social.

En este caso los factores sociales toman un papel preponderante en la solución de las problemáticas colectivas, exigiendo un enfoque más amplio de la medicina, para mejorar las prácticas de prevención y promoción de la salud, es decir reforzando la atención primaria de salud desde un enfoque integral, por otro lado se cuestiona la formación médica y se propone un perfil distinto de profesional de la salud, que deberá estar comprometido con los factores de cambio social.

Este paradigma que proviene de esta transición del pensamiento biomédico al médico-social, se ha afianzado progresivamente en el marco de las Relaciones Internacionales y la Cooperación Internacional para el Desarrollo, incidiendo en parte en la Salud Global perturbando su unión hegemónica y demostrarlo es el reto de esta investigación.

Desde este punto de vista (salud-social) pertenecer a un colectivo predispone al individuo a estar expuesto a determinados factores, denominados factores sociales, que con el paso del tiempo se han perfeccionado en la relación de salud – enfermedad con la denominación de determinantes sociales, los mismos que permiten establecer las inequidades y situaciones de injusticia en la cual viven las sociedades, las cuales predisponen a procesos de enfermedad o conducen al detrimento de las sociedades.

Reafirmo que un horizonte distinto nacen el plano internacional para la salud expresado en nuevos desafíos para la salud global y las nuevas agendas. Para ello, es importante mencionar a la visión tradicional en las Relaciones Internacionales, ya que por mucho tiempo se llevó a cabo los acuerdos sobre la salud desde las diplomacias y cancillerías, puesto que el interés de los gobiernos ha sido precautelar la salud bajo la idea de no afectar el comercio y los negocios antes que cuidar de la salud de las colectividades dejando por ello poco espacio a la gestión científica de los profesionales de la salud.

Quizá el único espacio que favoreció al pensamiento médico para que puedan expresarse plenamente fue en la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional, encuentro que construyó las primeras prácticas de salud internacional (1851-1938), las conferencias que progresivamente se fueron institucionalizando, hasta formar un sistema y una arquitectura de la cooperación para realizar las diversas acciones en el marco internacional, cuyos objetivos se reflejaron en las Agendas Internacionales como instrumentos de consenso.



Por otra parte los países del Norte, como son Estados Unidos y los Estados europeos, construyeron organizaciones que darían atención a las insuficiencias, post la guerra fría, conocido como el Plan Marshall, con la finalidad de apoyar a aquellos países cuyas economías se encontraban en reestructuración, afectados por los enfrentamientos bélicos y cuya tarea más tarde se extendería a las naciones en vías de desarrollo. Es así como nace la OCDE, cuyas siglas significan Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, su finalidad era entonces y hasta nuestros días, coordinar las políticas económicas y sociales, a través de encuentros para intercambiar información, establecer objetivos que maximicen su crecimiento económico y colaborar con el desarrollo de los países no miembros.

Muchos hemos pensado que quizás los países del Norte responden a las inequidades no únicamente científicas, sino responden a los conflictos de enfermedad de forma más rápida y ágil, por su tecnología y visión productiva, por esta razón los pueblos del Sur deciden aceptar el apoyo de los Estados del Norte para vencer al subdesarrollo, utilizando como herramienta a la CID, cuya imagen se expresa como una aparente ayuda “solidaria”.

Esta ayuda que parte de contribuciones económicas de los Estados donantes, denominada AOD – que significa Ayuda o Asistencia oficial para el desarrollo- son todos desembolsos donaciones, créditos, de los países donantes a los países receptores, establecidos en el 0,7% de PNB.

Los miembros de la OCDE, iniciaron una lucha contra la pobreza y la meta es que los países más desprovistos alcancen el deseado desarrollo con estas intervenciones externas. Desgraciadamente, esto conlleva una serie de intereses, distorsionando la idea original y esta cooperación solidaria se transformó en la Industria de la Cooperación.

Los Estados donantes, orientaron sus compromisos en brindar recursos tecnológicos y profesionales preparados, para favorecer a las soluciones de su falta de desarrollo y sus intereses hegemónicos, con el rótulo de “combatir la pobreza”. Sin embargo, esta estrategia se desacreditaría con el pasar del tiempo, por la imposición de medidas que construirían ayuda atada y poco beneficiosa para los países del Sur.

De cierta manera el objetivo principal fue desviado hacia otros intereses como ha sido la protección de sus recursos económicos, que pudieran ser afectados por la presencia de *amenazas a la salud*, que afectan el comercio, sus capitales y demás entes económicos dentro del sistema capitalista. Por esta razón, la ayuda de la

cooperación, nos permite visualizar un panorama utilitario desde el Norte hacia el Sur, en el cuál la Cooperación Internacional para el Desarrollo ha sido un medio para transferir conocimiento, posicionar políticas e incluso trasladar formas de administración de recursos y posicionamiento geográfico, para alcances geopolíticos, caracterizados muchas veces desde una idea eurocéntrica o norte americanizada del “*desarrollo*”, cuyo beneficio ha sido mayor para el Norte que para la región del Sur.

Igualmente, desde el Marco de las Relaciones Internacionales y la Cooperación Internacional, la salud ha sido una herramienta de control y seguridad de los países desarrollados, en la operación de capitales vinculados con las transnacionales, farmacéuticas, que ven en la salud la oportunidad de generar sustanciales inversiones y crecimiento de capitales, olvidando al ser humano.

Actualmente, se pretende una lucha que transforme estas prácticas en otras más solidarias, para convertir a la salud, en un bien público mundial. La discusión nace desde el Alma Ata, en los años setentas, cuya declaración pretendía alcanzar la salud para todos, objetivo no cumplido por considerarse una propuesta contrahegemónica, por lo que hubo una falta de interés político para cumplir el objetivo.

Hoy cuando la salud entra en las mesas de negociaciones y nos enfrentamos a un mundo no solamente globalizado, sino que arrastra por décadas procesos de desigualdad, con una América Latina que se levanta aparentemente más sólida que nunca, desgraciadamente desde una posición discursiva política e ideológica, en un modelo neodesarrollista y desde el ideario del Libertador.

Se abre una puerta para intentar levantar alternativas contrahegemónicas y hacer valer las experiencias propias, con una base en el conocimiento científico, elaborado con precariedad por los escasos recursos con los cuales cuentan. Pese a todo ello, orientadas al desarrollo de la región, a la lucha contra la pobreza y aquellos factores que limitan el acceso a la salud con el ímpetu de la juventud que caracteriza a nuestra Latinoamérica.

Desde esta perspectiva, nace un nuevo debate, para plantear si en el marco de las Relaciones Internacionales y la Cooperación Internacional para el Desarrollo se ha dado un cambio de paradigma en el ámbito de la salud, planteado en esta investigación, como la transición de Salud Internacional a Salud Global, que va más allá de las estructuras, pues se dice que si el cambio es estructural (sistema capitalista) en realidad podemos hablar de una transición de paradigma, caso contrario no es posible realizar tal afirmación.

Pretendo demostrar que si bien es cierto, los cambios estructurales no son tan fáciles de hacer y tardan más tiempo del esperado, estos pueden generarse con la elaboración de conocimiento y una lucha constante de ideas emancipadoras, desde los subsistemas, sin cambio del sistema económico regente como es el capitalismo.

Para demostrar la transición de paradigma, partiremos de conceptos e ideas básicas, en afán de demostrar lo estipulado en la pregunta de investigación. Realizaremos una revisión rápida de lo que es un paradigma, un modelo, una hegemonía, un proceso, la definición de pensamiento médico social descrito brevemente en líneas anteriores, así como estos al interactuar, producen contradicciones en el marco de la salud de las RRII y la CID. Para tal finalidad me es importante en este punto lo que afirma Jaime Breihl (2003):

“Un paradigma puede sufrir una crisis producto, no solamente por la presencia de procesos anormales o paradójicos, circunscritos al mundo de la ciencia, con sus modelos, matrices y elementos ideológicos, sino por una rica articulación de estos con las contradicciones, y luchas de intereses, sumada a las visiones que operan en la sociedad en su conjunto y que presionan para el cambio de los paradigmas”<sup>1</sup>

Partiendo de este concepto, diríamos entonces que el proceso global (Globalización), ha traído consigo una serie de elementos ideológicos, modelos, arquetipos y hegemonías que han llevado a una serie de cambios, que los mencionaremos más adelante, influyendo en diversos campos y procesos como son las Relaciones Internacionales, la Cooperación al Desarrollo y la salud. Enumero estos tres por ser los ejes principales de nuestra investigación, cada una con sus crisis, articulaciones, luchas de intereses y conflictos que requieren ser resueltos.

Conceptualmente las Relaciones Internacionales (RRII) son vínculos que se establecen entre dos o más naciones, este concepto se emplea para denominar a una disciplina, que pertenece a las ciencias políticas, centrada en los nexos que se construyen entre los Estados-Nación o entre estos y las entidades supranacionales. Estas relaciones pueden ser clasificadas desde varios criterios, por ejemplo:

- Número de actores que intervienen (multilaterales, bilaterales o globales).
- El grado de vinculación de los actores sean estos mediadores o agentes diplomáticos (interacciones directas e indirectas).

---

<sup>1</sup>Breilh, Jaime; Epidemiología Crítica, Buenos Aires – Argentina, Editorial S.A.2003, 94.

- La naturaleza de los temas a tratar según su origen (económico, militar, político, de salud o mixto, etc.).

Adicionalmente nos interesa definir a la Cooperación Internacional para el Desarrollo, como un conjunto de esfuerzos generados por gobiernos, afirmados en organismos (internacionales, de la sociedad civil, académicos, privados/filantrópicos), para alcanzar el desarrollo y mejorar las condiciones de vida de una población, actualmente se habla de mejorar las condiciones de la sociedad global y gracias a la agenda post-2015, se promueve el desarrollo sostenible.

La CID, es un instrumento, de “poder blando”<sup>2</sup>, que impulsa una serie de programas y proyectos, financiados por organismos internacionales, en los cuales se priorizan áreas de intervención - en nuestro caso la salud - para solventar las necesidades y cumplir con los objetivos propuestos, que debería estar basada en una gestión por resultados, la transparencia y la mutua rendición de cuentas.

Actualmente en el espacio de la Cooperación, se habla del desarrollo humano sostenible, para ejecutar estas acciones se requiere de un sistema de cooperación, representado por ONGs y Agencias de Cooperación de los países donantes.

Hablamos, por lo tanto de sistemas formados, por parte de los países donantes y receptores, dentro de un mismo sistema económico, en el cual existen modelos ideológicos, teóricos, etc. para desarrollar sus prácticas.

Continuando con las definiciones, un modelo<sup>3</sup> se caracteriza por construcciones o prototipos que sirven como referencia para ser reproducidos y aplicados por aquellos que desean realizar una acción o aplicar un conocimiento. En el caso de la cooperación nos referiremos a aquellos modelos que nos permitan generar la ayuda para el desarrollo, incluidos los modelos teóricos. En conclusión un modelo teórico, puede ser considerado un arquetipo, definido como un modelo perfecto del cual otras ideas o conceptos se derivan.

Estas ideas o conceptos trascenderán según la hegemonía de la cual provenga. Consideramos a la hegemonía<sup>4</sup>, como la supremacía que se puede ejercer desde una

---

<sup>2</sup> EL poder blando es un término usado en las RRII, para describir las capacidades de un actor político, para incidir en las acciones de otros actores, en este caso empleando la CID. (Josep Nye, 1990)

<sup>3</sup> <http://concepto.de/modelo/>; <https://definicion.de/modelo/>; <http://www.eumed.net>

<sup>4</sup> <http://concepto.de/hegemonía/>; <https://definicion.de/hegemonía/>; <http://www.eumed.net>

organización, institución pública o privada, incluso de un Estado-Nación hacia otro o al entorno global.

Para Gramsci “la hegemonía es la capacidad de unificar a través de la ideología y de mantener unido un bloque social que, sin embargo, no es homogéneo, sino marcado por profundas contradicciones de clase. Una clase es hegemónica, dirigente y dominante, mientras con su acción política, ideológica, cultural, logra mantener junto a sí un grupo de fuerzas heterogéneas e impide que la contradicción existente entre estas fuerzas estalle, produciendo una crisis en la ideología dominante y conduciendo a su rechazo, el que coincide con la crisis política de la fuerza que está en el poder. La hegemonía, por lo tanto, no es sólo política, sino que es además un hecho cultural, moral, de concepción del mundo. Es algo que opera no sólo sobre la estructura económica y la organización política de la sociedad, sino además, específicamente, sobre el modo de pensar, sobre las orientaciones teóricas, y hasta sobre el modo de conocer. Para Marx la base económica, la estructura, determina una compleja superestructura política, moral e ideológica, condicionada por dicha base económica de la sociedad, es decir, por las relaciones de producción y de cambio”.<sup>5</sup>

Por lo tanto, estas estructuras estarán dadas por los sistemas regentes, los mismos que ejercerán la hegemonía en su interior, generando relaciones de poder, los trabajadores permanecerán, oprimidos por el capitalismo, pero el desarrollo del capitalismo se realizará en condiciones menos desfavorables para el proletariado, y éste podrá gozar de posiciones más avanzadas para mantener sus conquistas e impulsarlas hacia delante; se hallará en condiciones más favorables para desarrollar en la democracia la lucha por el socialismo.

Como ya había mencionado, existen diversos sistemas por ejemplo sistema internacional, un sistema económico, un sistema sanitario. En este momento es oportuno, precisar a un sistema como un conjunto de conceptos y/u objetos organizados, que se encuentran interrelacionados, apoyados en procedimientos y normas que regulan el funcionamiento de un grupo o colectividad, para lo cual requiere de reglas, principios o medidas que tienen relación entre sí.

Los sistemas a su vez, agrupan subsistemas, que poseen una característica funcional particular que favorece a cumplir con el propósito que tiene el sistema del cual proviene, amparados en las mismas normas. Desde aquí pueden aparecer aquellos

---

<sup>5</sup> Luciano Gruppi, El concepto de Hegemonía en Gramsci (México: Ediciones de Cultura Popular). Caps. I y V7-24 y 89-111(1978)

conflictos, contradicciones para con el sistema al cual pertenece el subsistema o con los subsistemas con los que se relaciona, por lo tanto en aquellos en los que interviene el conocimiento, hipótesis y propuestas de cambio en busca de mejores condiciones, prácticas o mantener el equilibrio para las diversas interacciones que se expresan interna como externamente en los subsistemas.

Concluyendo las Relaciones Internacionales, cuentan con un subsistema como es la Cooperación Internacional para el Desarrollo, la misma que está regida, por normas, acuerdos, consensos nacionales como supranacionales, que emplea agendas para establecer metas y objetivos entre los actores involucrados, definidas a través de encuentros internacionales, con representantes provenientes de la diplomacia. Cada uno de estos elementos influidos por disciplinas y subdisciplinas que construyen un conocimiento teórico y “regulan sus prácticas”.

Tanto para las RRII y la CID, la salud se constituye en un eje transversal, en la cual se encuentran todas sus disciplinas y subdisciplinas. La salud, puede ser vista como una categoría o como un sistema, en el marco internacional, la disciplina que ha guiado las prácticas y acciones sanitarias, para lo cual se han construido disciplinas y subdisciplinas de diversas corrientes, con mayor predominio del positivismo.

Una de las subdisciplinas de las Ciencias de la Salud, es la Salud Internacional la misma que cuenta, con su propio sistema y subsistemas, que rigen las prácticas sanitarias en el marco internacional, que al estar agotado debido al cambio geopolítico y geoeconómico requirió ser remplazado por un nuevo paradigma que logra expresar las necesidades en este campo.

Una de las aristas que han construido este nuevo campo, son los ideales pasados adscritos en el Alma-Ata, la evaluación de la agenda de los ODM y los compromisos no alcanzados, los requerimientos de una sociedad global, un nuevo orden mundial, dónde las economías emergentes abren un espacio para el financiamiento de proyectos para el desarrollo de los países del Sur Global, generando un sistema paralelo, al de NNUU, y al de la OCDE e influenciados por las corrientes de un pensamiento médico emancipador y crítico.

La salud global, subdisciplina relativamente nueva de las ciencias de la Salud, concepto renovado de la Salud Internacional, constituye a nuestro criterio una categoría, resultado de la evolución del pensamiento médico y de las prácticas de la cooperación internacional en el ámbito de la salud, dentro del sistema internacional (RRII), que funciona en un sistema económico capitalista.

La Salud Global trae consigo un marco referencial para la salud, en el entorno de las relaciones internacionales y de la gobernanza global, que pretende formular nuevas políticas, innovadoras estructuras, mejores relaciones, para dar respuesta a las adversidades de la sociedad global, los colectivos y cambio climático.

La urgencia de un trabajo crítico en la construcción de un nuevo modelo epistemológico, como resultado de una realidad histórica, que dé lugar a una propuesta emancipadora, a un ejercicio de reflexión, en el cual el pensamiento médico latinoamericano ha sentado importantes logros y espacios en el marco de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en el ámbito de la salud, puede ser la respuesta, más no la solución, en un Sistema Internacional caracterizado por hegemonías, intereses geopolíticos o económicos, luchas ideológicas, que priman sobre las necesidades de los seres humanos, incrementando las inequidades.

El desarrollo de esta propuesta que se llevó a cabo en este apartado, es de construcción propia, ya que no he podido encontrar un documento de referencia, que conjugue las tres áreas (RRII, CID y salud).





## **Capítulo Primero**

### **1. La transición de Salud Internacional a Salud Global**

Luego de este largo recorrido entre conceptos y teorías es evidente que el pensamiento médico como forma diferenciada para entender el conflicto salud-enfermedad, tuvo una evolución marcada, agrupado este cambio por las diversas necesidades de las sociedades y de los modelos económicos, por las modificaciones de los regímenes internacionales, que exigen a los sistemas de salud innovarse con el uso de tecnologías que mejoren los procesos; los fármacos entran en polémica por las patentes, todo ello en un escenario que provoca cambios y modificaciones para afrontar los nuevos retos de la salud.

Así la Salud internacional se quedó obsoleta para responder a nuevo marco internacional y de la Cooperación Internacional para el Desarrollo; fue evidente la influencia de la globalización en la salud y la difusión de un pensamiento médico-social que desde el Sur mostró otras aristas y necesidades, como la inequidad, la injusticia y la pobreza que conllevan a enfermedad y que contribuyen con otras aristas al abordaje y solución de los problemas con una visión más cercana a la realidad de los países subdesarrollados.

La Salud Internacional, un enfoque que se aplicó desde las Conferencias Internacionales Sanitarias (1851-1938) hasta inicios del siglo XX, tuvo como finalidad identificar los factores que afectaban a las poblaciones de frontera, y fue la forma a través de la cual se manejó a la salud en el Marco de las Relaciones Internacionales y de la Cooperación Internacional para el Desarrollo, con base en la medicina tropical, la protección del comercio y de los capitales, todo ello en un modelo de atención biologicista, que omitía otros elementos que afectaban al individuo en su proceso de salud-enfermedad.

En el periodo correspondiente a la Salud internacional, existieron varios intentos fallidos para alcanzar el acceso universal a los servicios de atención en salud, deuda pendiente de este enfoque, ya que la atención primaria no pudo consolidarse como puerta de entrada para los Sistemas Sanitarios, por falta de interés político, debido a los modelos estructurales/desarrollistas, que influenciaron las políticas de salud pública, lejanos a los intereses internos de los países subdesarrollados.

La Salud Internacional siempre será reconocida como la salud del control de las epidemias a través de las fronteras internacionales, involucrando a la cooperación para el desarrollo, desde relaciones intergubernamentales o la cooperación bilateral entre estados y organismos internacionales, ayuda atada y al cumplimiento de agendas distantes a la realidad y requerimientos de los países receptores. Su preocupación estuvo en precautelar el comercio y los capitales.

La Salud Global, se refiere a las necesidades de la salud en todo el planeta debido a que la interrelación económica ya no se limitó a regiones sino a estas expresadas en la esfera global. Por ello considerar las necesidades de las naciones en particular, al fortalecimiento de la cooperación Sur-Sur, la presencia de acciones multilaterales, nuevas estructuras, sin embargo y como elemento de contradicción dónde la presencia Latinoamericana ha dado un giro a las agendas, sumado a la posición de las economías emergentes que han fortalecido estas nuevas dinámicas. Este constructo desde la visión latinoamericana, Salud Global Latinoamericana, implica una lucha por el cambio en las ideas para el desarrollo de un pensamiento médico-social diferente y políticas en salud más cercanas a las realidades de los países en desarrollo.

Así podemos ver que los objetivos establecidos en las agendas incluyen al Sur Global, actores y estructuras supranacionales y de financiamiento como las gestoras de cooperación ya que la presencia de la sociedad civil y las organizaciones filantrópicas ocupan un lugar importante no solo en número, sino por la inversión en la cooperación que realizan como la fundación Bill y Melinda Gates, involucradas para desarrollar CID en salud, influyendo en actividades de salud pública a nivel mundial.

Un factor fundamental que nos permite distinguir entre ambos enfoques, es el cambio del modelo estructural del capitalismo, es decir de un capitalismo incipiente a un capitalismo global. El primero proveyó de sustento a la Salud Internacional, este una nueva fase del sistema económico capitalista el mismo que llegó en medio de una serie de revoluciones políticas, sociales y tecnológicas, hacia la mitad del siglo XVIII, caracterizado por el cambio en las formas de producción, por la utilización de las maquinas, conocido como la revolución industrial, en el cual se mejoraron los medios de producción y distribución, de esta forma se fortaleció a la empresa privada cuya finalidad era satisfacer las necesidades de los consumidores, así como también aumentar las ganancias. Todo esto dio lugar a importantes cambios, así como la

migración a las ciudades y abandono de las actividades en el campo, pues la maquinaria sustituyó muchas de las actividades realizadas manualmente.

Industrias como el algodón, el hierro y el carbón se fortalecieron. Los ferrocarriles modificaron los medios de transporte no solo de personas sino de carga y mercancías. Un conjunto de modificaciones que llevaron a una supuesta protección de los trabajadores con la finalidad de evitar que contraigan enfermedades que pudieran afectar su rendimiento y por ende su capacidad de trabajo y a su vez influyeran en el comercio.

La construcción de hospitales, la aparición de especialidades y la investigación microbiológica tuvieron un importante repunte. La higiene adquiere una connotación pública relacionada con las epidemias, la morbilidad y vida media, para lo cual se establecen medidas de higiene colectiva con la finalidad de resolver los problemas de salud predominantes.

Se abordaron espacios como las prisiones, navíos y urbanos, aplicando medidas de salubridad, construyendo un aparato médico administrativo y político que colocó a la población en procesos de medicalización individuales.<sup>6</sup>

Por otra parte la revolución industrial duraría aproximadamente ciento cincuenta años<sup>7</sup>, dónde la estructura de los estados también sería modificada desde un estado monárquico a uno oligárquico y finalmente en democrático. Con la expansión del capitalismo como sistema económico, se generaron dependencias y situaciones de desigualdad para aquellos países con menor desarrollo, este es el contexto en el cual la Salud Internacional se desarrollaría.

Mientras que la Salud Global se desenvuelve en un sistema capitalista global, que parte de mediados del Siglo XX, con nuevos rasgos para el sistema capitalista tradicional, diferenciado por la transnacionalización del comercio y la producción, con el predominio de las empresas multinacionales sin base en un país específico y que operan alrededor del mundo.

Por otra parte tiene lugar una transformación de las agencias internacionales y los organismos multilaterales, los cuales se acoplaron a los intereses del capital transnacional. Por lo tanto la nueva economía global se caracterizó por circuitos

---

<sup>6</sup> Rodrigo Castro Orellana, Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud. Ciencias Políticas N°7, Ene-Jul, 2009 7 - 25

<sup>7</sup> Immanuel Wallerstein, La segunda era de la gran expansión de la economía-mundo capitalista, (3), Siglo veintiuno editores, 44.

globales de acumulación, obligando a los Estados a participar de este nuevo sistema productivo y financiero.

Desde el capitalismo global, el cuerpo es un objeto de consumo y de producción de capital, debido a que el individuo está expuesto a riesgos y necesidades que lo hacen vulnerable, por lo que se ve obligado a gestionar e invertir en su propio cuidado y protección. Partiendo de estas necesidades aparecen una serie de demandas rentables para la oferta de las empresas de seguros y de la industria de la salud, esta última se dirige a aquellos que tienen poder adquisitivo, por cuanto la dinámica se modifica, pues la relación se establece entre el tratamiento y estilo de vida y no entre enfermo y enfermedad. Esto conlleva a que la salud coexista como un deseo para unos y un lujo para otros, transformándose en un bien de consumo. Esta dinámica incorporó a la salud-enfermedad en el juego del mercado, la medicina produce riqueza, cuyos agentes de producción son: Farmacéuticas, laboratorios, aseguradoras, servicios de atención privados. Los consumidores en este caso serían los potenciales enfermos y los enfermos reales.<sup>8</sup>

Prospera una industria de intereses comerciales, por el nexo de medicina – economía, así como un nuevo concepto para los Estados basado en acciones supraestatales y transterritoriales, políticas difusas que al final favorecen a las actividades comerciales y no a una política social para alcanzar la equidad y el desarrollo,<sup>9</sup> constituyéndose en una nueva forma de apropiación política de la vida.

Frente a esta realidad se fortalecen los conocimientos críticos y contrahegemónicos y defensores de los derechos de los más vulnerables, como es la medicina social, la cual impulsa desde los años setentas, la investigación crítica y el uso de los determinantes sociales, los cuales se han elevado al marco internacional como determinantes internacionales.

Está claro que dentro del sistema capitalista se han dado diversos cambios los cuales han favorecido la transición de paradigma entre Salud Internacional a Salud Global. Este cambio de modelo estructural ha permitido una modificación en las prácticas de la salud en el marco de la Relaciones Internacionales y la CID.

### **1.1.Salud Internacional estrategia o enfoque de las RRII en el campo de la salud.**

---

<sup>8</sup> Castro Orellana, R, 2009, 7 - 25

<sup>9</sup> Ibíd., 7-25

### **1.1.1.Desarrollo y sus características.**

La Salud Internacional constituye un enfoque en el manejo de las Relaciones Internacionales y la Cooperación Internacional para el Desarrollo, el mismo que por largo tiempo estuvo al servicio de los países del norte y los organismos internacionales, con la finalidad de permitir los procesos de producción y crecimiento del capitalismo, a través de agendas y ayuda atada para el control de enfermedades infecciosas, lejanas a las necesidades internas de los países receptores de la ayuda. A continuación presento los argumentos y las características de la salud internacional.

Un término utilizado ampliamente a finales del siglo XIX y buena parte del siglo XX, fue el de la Salud Internacional, el mismo que se refiere al control de las epidemias a través de las fronteras<sup>10</sup>y cuya práctica depende de una estructura internacional, que fue construyéndose con los organismos multilaterales (OMS, NNUU, FMI, Banco Mundial), agencias de cooperación de los países donantes e instituciones filantrópicas, estas últimas en menor medida en esta etapa.

Dirigida a explorar e implementar las prácticas, las políticas y los sistemas que conllevan a un manejo adecuado y a una reducción de la morbi-mortalidad asociada a las enfermedades que aquejaban a los países en vías de desarrollo. Se inició con la investigación y prevención de las enfermedades transmisibles por vectores en zonas tropicales, abordaje europeo que con el tiempo se denominó Medicina Tropical (principios del siglo XX), articuladas con intereses territoriales y comerciales, para controlar enfermedades como la malaria y el dengue que afectaban a las colonias, debido a que estas enfermedades mermaban el comercio y se propagaban a otras regiones

Entre 1950 a 1960, en el marco de la Salud Internacional, se realizaba ayuda unidireccional desde los países del norte a las naciones del sur, haciendo énfasis en las diferencias entre estas regiones y su implementación fue adquirida de manera pasiva por las comunidades en las cuales generaban sus actividades para resolver los problemas de enfermedad y todo lo que sus precarias condiciones conllevaban.

Los organismos internacionales, junto a los Estados – Nación que son los actores fundamentales en el marco de la salud internacional, configuraron sus relaciones internacionales sobre la base de interdependencias, generalmente

---

<sup>10</sup>Cueto Marcos y Zamora Victor, Historia, salud y globalización, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú (2006)

bilaterales, condicionadas por factores políticos, sociales, culturales y económicos a nivel mundial.

Finalmente la salud internacional, ha sido un enfoque del Norte para el manejo de las Relaciones Internacionales y de la Cooperación en salud, caracterizada por ayuda atada, agendas que no se aplicaban ciento por ciento a las necesidades internas de los países receptores de la ayuda y que simplemente pretendían proteger las zonas de frontera en las cuales se ponía en riesgo a las economías del Norte y al creciente capitalismo.

Por otra parte es posible evidenciar la competencia de organismos internacionales, los cuales lejos de buscar un bien estar para las sociedades latinoamericana, los llevaban a estos estados a producir grandes esfuerzos, que representaban costos económicos y administrativos, para lograr las estructuras de manejo y control para proteger las zonas de frontera, presupuesto que podían ser dirigidos más bien a otras necesidades existentes, dejando de lado las verdaderas prioridades de sus poblaciones. Con esto no queremos decir que todas las intervenciones de la CID en Latinoamérica han sido negativas, sino que muchos de los esfuerzos por buenas voluntades llegaron a construir estructuras que no eran funcionales para el medio.

No podemos decir que este tipo de cooperación es mejor o peor que la generada en la Salud Global, sin embargo afirmamos que la Cooperación Internacional no resuelve las carencias reales de la población en la cual se interviene y que puede convertirse en un perjuicio, por las exigencias de una estructura que no es funcional para la realidad in situ, colocando al derecho más importante como es la salud en el juego de intereses derivados del mercado, el comercio y las ventajas geopolíticas, desvaneciendo los principios básicos de la CID, como es la lucha por la equidad y el desarrollo.

En este periodo, no podemos decir que todo ha sido negativo, está claro que los procesos de campañas de vacunación y agua segura siempre serán aciertos, sin embargo hasta nuestros días la equidad la justicia, el acceso a servicios de calidad constituyen metas pendientes, que este enfoque no pudo resolver.

### **1.1.2. Salud Internacional y su presencia en el mundo**

La Salud Internacional para su desarrollo, tuvo un proceso histórico muy interesante, brevemente caminaremos por los momentos más importantes para su construcción.

Varios profesionales de la salud del viejo continente, realizaban su atención médica en diversas regiones producto del colonialismo (India y África) entre los siglos XVII y XVIII, aproximadamente. Los estudios que se realizaron sobre patología se denominaron “*La tumba del hombre blanco*”, por ser lesivas hacia los conquistadores, a estas enfermedades, actualmente se las conoce como “*tropicales*”, las mismas que se distribuyeron tanto en el norte de Europa como en el nuevo continente (XVII y XVIII)<sup>11</sup>. Fue evidente la emergencia de la medicina tropical como efecto directo y exclusivo de una política imperialista y de las necesidades sociales y económicas que entonces se impusieron a la metrópoli en relación a sus dominios de ultramar.<sup>12</sup>

La preocupación sanitaria de las tierras conquistadas y de los capitales invertidos, nació a partir del establecimiento de los conquistadores en el territorio colonial, lo que los obligó a tener un mayor interés en cuidar la salud de los blancos y más actividades productivas, más allá del escaso interés por la salud de la población de origen de las tierras conquistadas.

Estas preocupaciones llevaron a la necesidad de enfrentar las diversas patologías, con la investigación, acción que se manifestó con la construcción de Institutos, tanto en Francia como en Inglaterra, quienes en lo posterior realizarían los descubrimientos microbiológicos más relevantes en el conocimiento de las enfermedades tropicales, para la época.

Por lo tanto desde el siglo XVII hasta XIX aproximadamente, se iniciaron los controles higienistas, en las zonas de riesgo, como son: Pantanos, los cementerios, los mataderos y los espacios bajos, cerrados y cálidos que favorecían la putrefacción y, consecuentemente, la proliferación de miasmas, generando una línea entre la medicina hipocrática - los higienistas y la medicina tropical.<sup>13</sup>

Para Frederick Engels (1974), las repetidas epidemias como: Cólera, tifus, viruela, entre otras enfermedades, permitieron al burgués británico mostrar la necesidad de proceder al saneamiento de sus ciudades, para no ser víctima, junto a sus familias de estas epidemias<sup>14</sup> y para precautelar la mano de obra.

---

<sup>11</sup>Sandra Caponi Coordinadas epistemológicas de la medicina tropical. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 10 (1), (2003), 113-149. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000100004>

<sup>12</sup>S, Caponi, (2003), 113-149

<sup>13</sup>Ibíd., 119

<sup>14</sup> Rodas Germán, *Pensamiento Médico, El liberalismo y la revolución Juliana. Trazos de la figura de Isidro Ayora*, UASB, (2017), 15-21.

En la obra “*La ciudad Medicalizada*”, de Nicolás Fuster Sánchez, incluye los trabajos genealógicos del filósofo francés, Foucault, (1926–1984), en la cual expresa la visión que este tenía entre los siglos XVIII hasta XIX, en la que afirma la presencia de dos modelos claros de atención para la organización sanitaria. El primero generó una medicina de exclusión a raíz de la aparición de la lepra y un segundo modelo, caracterizado por el aislamiento de los enfermos, (cuarentena) por las diversas pestes<sup>15</sup>.

Los dos modelos propuestos en Europa que se replicaron posteriormente en América Latina, son el resultado de la instrumentalización de estrategias como la cuarentena, estableciendo un patrón de vigilancia y control, aplicado fundamentalmente en la sanidad portuaria; la otra tendencia sería la estrategia aislacionista, basada en la regulación de los dictámenes médicos.<sup>16</sup>

De esta manera la Salud Internacional, término utilizado desde el siglo XIX, con el control de las epidemias, generó una serie medidas sanitarias, que propiciaron mecanismos de control sanitario efectivos, perjudicando el comercio internacional, el mismo que a su vez repercutió en el modelo económico de desarrollo estructural de la época, frente al perfeccionamiento de los intercambios productivos que cada vez se realizaban con mayor rapidez.

Esta afectación se evidenció en los retrasos al desarrollo del libre comercio, situación que acarreó tensos esfuerzo para lograr una organización sanitaria a nivel mundial, cuya consecuencia fue la construcción de un código sanitario internacional.

En este contexto los países del Norte, impusieron las pautas al resto de países, con un supuesto objetivo: “*Procurar la salud de los pueblos y regular las posibilidades de intercambio de productos*”<sup>17</sup>.

El capitalismo buscaba, en aquel momento, asegurar la protección de las sociedades mediante un desarrollo sanitario, para impedir que se afectara la producción del sistema industrial.

La situación fue comprobada frente al ambiente de los trabajadores ingleses, quienes por medio de una serie de protestas sociales de la clase obrera, carente de las condiciones elementales para precautelar su salud, buscaron la manera de cubrir sus requerimientos básicos para superar las condiciones cotidianas - por la acción

---

<sup>15</sup> Nicolás Fuster Sánchez, *La ciudad medicalizada*, contextos, N°28, 2012, 69-82

<sup>16</sup> Juan Carlos Eslava, El influjo norteamericano en el desarrollo de la salud pública en Colombia, Revista del INS, Biomédica, (18), Núm 2 ,101-109, Bogotá-Colombia, (1998)

<sup>17</sup> Rodas Germán, (2017), 15-21.



colectiva- como forma única para superar su situación, frente a la perversidad de una estructura social injusta.<sup>18</sup>

Un importante movimiento sanitarista inglés aparecería (1843), cuya influencia creó la Real Comisión para la Salud de las Ciudades y en 1848 el Consejo General de la Salud, a causa de la epidemia del cólera, que azotaba toda Europa, confluía en la creación de instituciones específicas que dieron protección a los ciudadanos de las enfermedades existentes.<sup>19</sup>

El sistema inglés terminaría, para entonces, con una estructura de tres sistemas médicos distintos: La asistencia pública en salud (medicina asistencial de los pobres), salud pública (ente administrativo para la atención de vacunas y epidemias), la medicina privada (sistema médico para quienes pueden pagarla).

En el caso Francés, los movimientos higienistas (1820-1830), se apoyaron en el Consejo de Salubridad de París, la Sociedad de los Anales de Higiene Pública y Medicina Legal. La higiene pública fue institucionalizando un modelo ambientalista para responder a los dilemas producidos por las enfermedades contagiosas y epidémicas, por otra parte se la consideró como la disciplina científica encargada de la investigación de las condiciones de salubridad de las personas.

La salud pública se consideró, para aquel tiempo, en el problema de las condiciones materiales de salubridad de los ciudadanos (*“lo público”*).<sup>20</sup> Para Rodas.G, los movimientos populares tanto en Francia como Inglaterra, fueron los responsables de impulsar una visión complementaria a los problemas de la salud, identificando con su lucha a la explotación, a la marginalidad y a la pobreza, como causas de enfermedad, lo que obligaría a la figura del Estado, a tomar en cuenta el drama social, como un factor decisivo para superar la situación de la salud, influyendo en las condiciones de los trabajadores, lo que implicaría una transformación sociopolítica, colocando a la medicina como una política a gran escala.<sup>21</sup>

Paralela a estos cambios se presentó la reforma alemana, tres países de los cuales se transmitiría hacia toda Europa las concepciones y políticas de higienismo y salud pública, relacionadas a la producción y mano de obra, haciendo necesario la construcción de normas por parte del Estado para atender a las poblaciones afectadas,

---

<sup>18</sup>G.Rodas ,(2017), 47-61.

<sup>19</sup> Ibíd.

<sup>20</sup> Ibíd.

<sup>21</sup>G.Rodas G,(2017), 31

encausando los comportamientos sanitarios, con la finalidad de perjudicar la situación de salud de un país a otro.<sup>22</sup>

Las políticas sanitarios (normas), respondieron a los intereses hegemónicos de las clases dominantes, ubicadas en el poder y el control del Estado, así como también a prestar atención a las exigencias de protección, expresadas en las movilizaciones y luchas de la clase marginal, que pretendía defender su derecho a una vida más digna.

Una rigurosa presencia del Estado, tuvo lugar para enfrentar al conflicto salud enfermedad, desarrollando una visión regional de salud pública para enfrentar a las enfermedades.

Debido al señalamiento anterior, los Estados construyeron un foro, que se inició con diversas Conferencias Sanitarias Internacionales (1851)<sup>23</sup>, con el objetivo de establecer medidas que impidieron la propagación de enfermedades en Europa. Las expectativas de este foro, no tuvieron la eficacia que se esperaba, ya que en la práctica, los grupos hegemónicos en el poder y los intereses comerciales, fueron puestos sobre los intereses y necesidades de la población, dejándola en situación de vulnerabilidad, permitiendo que las enfermedades sigan propagándose. En la siguiente tabla se describen cada una de las Conferencias Sanitarias, el lugar dónde se desarrollaron, el año, así como el objetivo de las mismas.

Tabla 1

### Conferencias Sanitarias Internacionales

| Año  | Lugar | Conferencia                                 | Acuerdo  | Países Participantes | Objetivo   |
|------|-------|---|--|----------------------|--|
| 1851 | Paris | Primera Conferencia Sanitaria Internacional | Construcción de un acuerdo entre gobiernos para la reglamentación internacional de cuarentena. | 12                   | Proteger a los ciudadanos de otros países o regiones de posibles contagios |
|      |       | Segunda                                     |  |                      |  |

<sup>22</sup> Rodas Germán, Pensamiento Médico, El liberalismo y la revolución Juliana. Trazos de la figura de Isidro Ayora, UASB, 2017, pp15-61

<sup>23</sup> Juan B. Mateos Jiménez, (2005). Actas de las conferencias sanitarias internacionales (1851-1938). *Revista Española de Salud Pública*, 79(3), 339-349. Recuperado en 27 de febrero de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272005000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000300003&lng=es&tlng=es).

|      |                |   |  |    |   |
|------|----------------|---|--|----|---|
| 1859 | Paris          | Conferencia Sanitaria Internacional         | Ninguno  | 11 | No trascendencia  |
| 1866 | Constantinopla | Tercera Conferencia Sanitaria Internacional | Conflicto del Cólera Proveniente de la India. Medidas sanitarias mejores que la enfermedad para el comercio .  | 17 | Cólera reconocido como enfermedad transmisible  |
| 1874 | Viena          | Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional  | Conflicto Anticontagionistas (Norte Europa) vs Contagionistas (Sur Europa)<br>Se logra con dos sistemas de precaución sanitaria (inspección médica y desinfección-cuarentenas) | 21 | Revisar conclusiones de la conferencia anterior, relacionadas con el cólera.  |
| 1881 | Washington     | Quinta Conferencia Sanitaria Internacional  | Control de patentes marítimas y la inspección de barcos-mercancías.  | 26 | Control de las patentes marítimas.<br><br>Presentación revolucionaria por Dr. Carlos Finlay, Fiebre Amarilla transmitida por vector.<br><br>Observación: Estados representados por diplomáticos, más que por médicos. |
| 1885 | Roma           | Sexta Conferencia Sanitaria Internacional   | Modificadas las medidas cuarentenarias fueron modificadas  | 28 | Código de Policía Sanitaria relacionada con cólera y fiebre amarilla.<br><br>Crear en cada país una oficina una oficina central de información y notificación.  |

Fuente: Rodas,G (2017) y Mateos J.B. (2005). Tabla de Elaboración Propia

Para entonces, varios descubrimientos bacteriológicos, abrían la posibilidad de que la epidemiología se convirtiera en una ciencia positiva y contribuyera al entendimiento de los diversos participantes en las conferencias.

Koch (1882), demostró la existencia del bacilo tuberculoso, el germen del cólera es identificado en 1883, el bacilo de la peste en 1894 y en 1901 se demostró la transmisión por un vector (mosquito) de la fiebre amarilla.<sup>24</sup>

La última Conferencia Sanitaria Internacional (Egipto,1938), se acordó por unanimidad la disolución del Consejo Sanitario, marítimo y cuarentenario.<sup>25</sup>

Numerosas figuras relevantes tanto en el ámbito internacional como de la salud y de la investigación, formaron parte de estas conferencias, 7.958 páginas impresas forman parte de las Actas de las catorce conferencias, las mismas que recogen los profundos debates y evidencian la evolución del conocimiento sobre las enfermedades infecciosas y de la epidemiología (1851-1938), por otra parte afirman los difíciles comienzos de las relaciones entre las distintas naciones en sus esfuerzos por alcanzar acuerdos, que respetasen el precepto citado por Juan B Mateos Jiménez: “El mínimo de dificultad para el comercio con el máximo de protección y seguridad en la salud pública”<sup>26</sup>

Hacemos hincapié en las Conferencias Sanitarias Internacionales, ya que reflejan la historia de la salud pública en el marco internacional, reconociendo los intentos de las naciones participantes por organizarse en una lucha conjunta contra las enfermedades que aquejaban las fronteras en aquella época, la disputa contra las enfermedades que a su vez expresó la preocupación del capital por sus intereses económicos. Por otro lado, este recuento nos rememoró que las luchas contra las epidemias, aseguró un conocimiento entre la conexión de las grandes epidemias y la política – social, para los países miembros.

---

<sup>24</sup>Juan B,Mateos Jiménez.. (2005). Actas de las conferencias sanitarias internacionales (1851-1938). Revista Española de Salud Pública, 79(3), 339-349. Recuperado en 27 de febrero de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272005000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000300003&lng=es&tlng=es).

<sup>25</sup> Juan B,Mateos Jiménez (2005)

<sup>26</sup> Ibíd.

Exhorto la salida de los médicos en la quinta conferencia, la única en las américas, Washington (1881)<sup>27</sup>, demostrando el interés, de priorizar en aquel entonces a la diplomacia para resolver problemas que en su inicio fueron de carácter científico-médico, en la búsqueda de respuestas para determinar el origen, las formas de transmisión y la prevención de las enfermedades que los aquejaban.

Desde finales del Siglo XIX hubo un progresivo sometimiento de las economías americanas a los capitales extranjeros. Los conceptos de propiedad y de mercados adquirieron nuevas valoraciones, tanto la tierra como el trabajo se constituyeron en bienes sujetos al mercado, desaparecieron las tierras comunales para ser entregada a grupos privados, estas situaciones de desigualdad llevaron a América Latina.

Siguiendo con los elementos históricos y evolución de la Salud Internacional, para la segunda mitad del siglo XIX, el movimiento sanitarista inglés alcanzaría una gran influencia en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), política afianzada en el ejército y acciones de conquista, generando presión sobre el resto de países, poder hegemónico, que requería accionar militarmente.

En efecto las tropas Norteamericanas requerían medidas higiénicas adecuadas, para consolidar su proceso de expansión, razón por la cual hacia mediados del siglo XIX, declararon la guerra a España, tomando sus últimas colonias, hablamos de la guerra Hispano-Cubana-Norteamericana<sup>28</sup>.

Es en este enfrentamiento bélico, en el que las enfermedades tropicales afectaron a los invasores, quienes difundieron masivamente éstas, al retornar a su territorio de origen complicando la salud de las poblaciones. Para enfrentar la situación, las primeras políticas sanitarias facilitó el apareamiento de los Hospitales de la Marina (1799), cuya función era la atención a marinos mercantes y a posterior a la armada.

Inspecciones sanitarias, certificados sanitarios, emitidos por diplomáticos serían las medidas para prevenir el cólera y la fiebre amarilla que venía desde el Sur (Europa), entre otras enfermedades, lo que obligaría a EUA a precautelar sus intereses, provenientes de un orden económico específico.

---

<sup>27</sup> Ibíd.

<sup>28</sup> Nydia Sarabia, , Memoria escrita y visual de la Guerra Hispano-Cubano Norteamericana de 1898, Ponencia AHILA, (1996), 142-161.

En aquel momento era necesario un acuerdo multilateral internacional imposible de realizar ya que los negocios de las naciones se priorizaron sobre los requerimientos sanitarios y la salud de la población.

Este escenario llevó al presidente de EAU, a convocar la Quinta Conferencia Internacional, sin lograr ningún acuerdo. Reafirmamos lo dicho anteriormente, cómo los intereses comerciales estuvieron atados a la expansión de enfermedades como el cólera y la fiebre amarilla, sobre el cuidado de la salud de la población mundial.

La actividad comercial con Latinoamérica era una prioridad para aquel momento, por lo que, construir una organización regional, que pudiera atender de manera particular a la malaria, cólera, fiebre amarilla, entre otras, con el objetivo de controlar y proteger la producción, el mercado y el comercio, hizo de forma paulatina su intervención en el territorio del sur de las Américas.

Sin embargo el comercio, el capital y la industrialización vencieron casi hasta nuestros días. Aquella idea que nació bajo intereses egoístas, por nacionalistas y comerciales, se ha ido ampliando, revalorizando sus objetivos logrando un cerco más amplio, anulando el ímpetu humanitario y priorizando los intereses del capital.

El resultado de todas estas acciones confluyó en fundar las primeras regulaciones internacionales para las políticas de salud pública, lo que daría lugar a otras instancias como: La Oficina Sanitaria Panamericana (1903) y la Office International d'Hygiene Publique (1907).<sup>29</sup>

Posteriormente en las primeras décadas del Siglo XX, las iniciativas privadas asumen el cuidado de la salud de las poblaciones para promover los intereses económicos del EE.UU., una de estas entidades fue la Fundación Rockefeller, para sustentar esta idea los próximos argumentos que presentaremos son tomados de la mesa redonda realizada en Marzo de 2013, convocada por el Taller de Historia de la UASB, sede Ecuador-Quito, denominada: “La importancia de la historia en la formación médica. Ejemplo paradigmático: la Fundación Rockefeller en Latinoamérica”,<sup>30</sup> en la que intervinieron los doctores: Mario Valcárcel Novo, Representante interino de la OPS/OMS en Ecuador; Emilio Quevedo de la Universidad

---

<sup>29</sup>J.C, Eslava,(2003)

<sup>30</sup>[http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=792:la-importancia-historia-formacion-medica-ejemplo-paradigmatico-fundacion-rockefeller-latinoamerica&Itemid=360](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=792:la-importancia-historia-formacion-medica-ejemplo-paradigmatico-fundacion-rockefeller-latinoamerica&Itemid=360)

del Rosario de Bogotá; Ana Paulina Malavassi de la Universidad de Costa Rica y Germán Rodas Chaves de la UASB-Ecuador, para ellos citaremos a continuación a:

Emilio Quevedo quien manifestó lo paradigmático del accionar de la Fundación su trabajo y su aporte en las campañas contra enfermedades infecto-contagiosas, en las reformas de las facultades de medicina, favoreciendo la expansión de la medicina flexneriana y en la construcción de escuelas de salud pública, Presenta a esta institución como una empresa filantrópica para proteger a los trabajadores de sus empresas y a los países pobres a través de campañas sanitarias.

Por último analiza el plan de la Fundación la misma que considera al mundo como un ser vivo, con países enfermos y atrasados y con otros, ricos, que les ayudan brindando salud pero fundamentalmente manteniendo el capitalismo como sinónimo de progreso. Por lo tanto para este investigador La Fundación Rockefeller recogió la ideología política de los Estados Unidos y la colocó en salud. Por otra parte mencionó como la carga ideológica que le pusieron la formación del personal en salud que desarrollaron, así como el trabajo.

Ana Paulina Malavassi, quien presentó el accionar de la Fundación Rockefeller en Costa Rica y Panamá. Los antecedentes históricos de las unidades sanitarias cuyo objetivo es brindar atención primaria de salud y realiza una visión crítica de la Fundación. Para Costa Rica, la expositora relata el proceso de unificación de las políticas sanitarias y de las unidades de salud para aprovechar recursos, se trata, por un lado, de democratizar los servicios de salud y equiparar las condiciones de tipo sanitario y por otro, de acabar con la práctica de la medicina empírica. Demuestra lo inequitativo del modelo, pues las unidades se concentraron en los cantones más ricos del país. En Panamá, el proceso fue más complicado pues tenía mayores dificultades como por ejemplo déficit de personal y financiero, por lo que, en definitiva, el modelo resultó más exitoso en Costa Rica que en Panamá. Las unidades sanitarias fueron fundamentales, también, para adiestrar personal y brindar servicios preventivos, pero sobre todo para involucrar a gobiernos locales y nacionales en los procesos de atención y prevención de enfermedades. Por otra parte, la fundación Rockefeller intervino en el proceso de modernización de la escuela de enfermería a fin de profesionalizar a las enfermeras a través de becas para que se formen en universidades norteamericanas y luego repliquen esta formación en Panamá. Este propósito no se cumple plenamente pues el perfil buscado no estaba acorde al que las estudiantes tenían, ni a sus aspiraciones.

Para concluir en este evento Germán Rodas, habló sobre el carácter estratégico de la Fundación Rockefeller y señaló que en Latinoamérica se produjo un proceso diametralmente distinto a lo ocurrido en Europa, en dónde se produjo la revolución burguesa e industrial con una importante migración a las ciudades y una necesidad de cuidar a los trabajadores, estos últimos considerados como capital humano necesario para el sistema hegemónico, en base al fortalecimiento del estado.

En este orden de cosas la Fundación Rockefeller en América cumplió un rol de resquebrajamiento del Estado y de financiamiento a la actividad del cuidado de la salud en manos de sectores privados. Por lo tanto la diferencia entre los acontecimientos en Europa y en América es absolutamente identificables.

Al mismo tiempo se generaron graves condiciones sanitarias que se expandieron como epidemias. El expositor corrobora lo expresado en párrafos anteriores, ya que describe el caso inglés y a la par la respuesta de Norteamérica a las epidemias que la asechaban y la necesidad de cuidar a sus ejércitos y a la población en general. Por otra parte indica que se convocó a la 5ta conferencia sanitaria en WDC para organizar un sistema internacional de notificación.

La prioridad fue construir una organización sanitaria regional para controlar la fiebre amarilla y la malaria para lo cual se impulsaron entidades como la Fundación Rockefeller, para tratar a través de una alianza los intereses sociales del estado y los del empresariado privado para precautelar los mercados e impedir que las enfermedades contagiosas llegaran a los trabajadores a fin de salvaguardar la producción y enfrentar las enfermedades con medicamentos producidos en sus propios centros de investigación.

Estas acciones fortalecen la influencia del gobierno de los Estados Unidos y de sus empresas privadas en los países latinoamericanos, logrando dependencias en lo social, económico y la salud. El pensamiento médico no fue la excepción, las empresas privadas asumieron directamente el control de las enfermedades y la producción de medicamentos en paralelo con el Estado, en este contexto la Fundación Rockefeller emprendió su intervención en las enfermedades transmisibles y a la vez favoreció su propia producción de quina. Además se fomentó la formación de los salubristas con un nuevo perfil, acorde al pensamiento médico norteamericano que fue subordinando al de la región.

Para otros investigadores como el peruano, Marcos Cueto, la Fundación Rockefeller, jugó un papel fundamental en el proceso de erradicación de enfermedades



en América Latina, (1918 - 1940), siendo la propuesta una de las más ambiciosas en el ámbito de la salud pública.

Las acciones se centraron en: Campañas, reorganización de las instituciones de salud pública latinoamericanas, en la extensión de servicios sanitarios de las zonas rurales y en la sustitución del modelo utilizado por los norteamericanos como referente,<sup>31</sup> lo que reafirma lo dicho por los investigadores del encuentro en la UASB-Ecuador.

La Fundación Rockefeller intervino en el estudio y control de la fiebre amarilla (1916), la cual se realizó por los temores europeos de la expansión de esta enfermedad desde el Caribe y Brasil hacia Oriente, con la apertura del canal de Panamá.<sup>32</sup> Otra de las campañas para enfrentar la malaria (1916-1918), combinó la prevención, el tratamiento a los portadores (quinina), con medidas medioambientales, en los lugares donde la inversión de EUA, debía proteger sus inversiones, así como mantener a los trabajadores sanos, para un óptimo rendimiento laboral.

Esta era la forma de hacer salud, atada a los intereses comerciales y a las ganancias de las corporaciones transnacionales con las que la fundación estaba relacionada. El modelo de desarrollo geopolítico y geoeconómico de EUA enfatizó la transición del pensamiento médico, para llegar al planteamiento de que la salud debía estar en manos privadas y el Estado preocuparse del orden interno y externo.

En 1924 se adoptó el Código Sanitario Internacional, cuya finalidad fue la prevención de la diseminación e introducción de enfermedades contagiosas desde y hacia los espacios geográficos de los países suscritos al mismo.<sup>33</sup>

El Gobierno EUA, junto con la empresa privada, como la Fundación Rockefeller iniciaron una presencia activa en higienismo y salubridad, cuyo resultado fue un nuevo modelo de salud para el continente, sumado a las dependencias económicas, políticas, sociales y culturales, que esto conllevaba.

Esta visión se consolidaría con la concreción de un organismo internacional que fusionó a todas las organizaciones existentes, consolidándose como la OMS en 1946, institución que promulgó todas las acciones de la Salud Internacional. Esto desembocó en la necesidad de definir modelos teóricos para el análisis de los niveles

---

<sup>31</sup>JC,Eslava,(2003)

<sup>32</sup>G,Rodas (2017).

<sup>33</sup> Octavio Gomez, La evolución de la Salud Internacional en el Siglo XX, Salud Pública, México (1991), 33 N°4, 317.

estructurales. Después de la segunda guerra mundial se revisaron las tendencias de la medicina preventiva y la salud pública, construyendo nuevos modelos educativos.

Para 1950 OPS/OMS conceptualiza a la salud pública, por medio de seminarios y reuniones, esto se consolida con la formación de departamentos de Salud Pública en las Universidades de América Latina.

Entre los sesentas hasta los ochentas, se plantearon las propuestas más importantes del Siglo XX en salud, entre ellas se encuentra el Alma Ata (1978), promoviendo “La Salud para Todos”, una propuesta contrahegemónica, considerada como una denuncia de las inequidades existentes en el interior de los países y fuera de estos, resultado del modelo económico capitalista vigente.

Frente a la visión hegemonía norteamericana, surgieron movimientos de contraposición a la visión hegemónica Norteamericana (1970), denominado la Salud Social, el mismo que inicia una importante producción teórica, que en este periodo no se consolidó en el la CID y menos en las RRII.

No obstante la Salud Internacional se consolidó progresivamente, por lo que OMS/OPS(1980) decidió la ejecución de nuevos módulos formativos dentro de sus programas, que incluyeron los aspectos relacionados con este enfoque de la salud.

Para 1985 OMS/OPS consideran la necesidad de América Latina para la formación de Líderes, que piensen por sí mismos, construyendo el programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda.<sup>34</sup>

Hemos descrito hasta este momento parte del desarrollo histórico de la salud internacional y como este enfoque se fue construyendo en el escenario mundial. Podríamos decir que durante el periodo de 1985 a 1990, los estados permanecieron expectantes frente a una Guerra Fría, un mundo Bipolar, dos fuerzas enfrentadas intentando difundir sus ideologías, dónde los foros internacionales fueron el centro de debates.

Por esta razón consideramos necesario entrar brevemente a la configuración geopolítica del globo, para comprender mejor estos cambios de las fuerzas, y como estos influyeron en la transición de nuestro paradigma, motivo de nuestro estudio, por esta razón hablaremos del mundo unipolar, bipolar y los conflictos bélicos de este periodo, con la finalidad de comprender las estructuras que favorecerían a las

---

<sup>34</sup> OMS/OMS El programa de Salud Internacional de la OPS, Washington 27 de Septiembre de 2011

organizaciones que mantendrían los procesos de la salud internacional durante su periodo de vigencia, además de su influencia en el marco internacional y por ende en la CID.

Al inicio del Siglo XX, una disputa por las colonias y los mercados llevó a una importante carrera armamentista, que dio lugar a construir una serie de alianzas que llevarían a la primera guerra mundial (1914), dos bandos, los aliados (Francia, Gran Bretaña, Rusia y EEUU) contra las potencias centrales, denominados Imperios (Aleman, Austro-Húngaro y Turco). Se mantiene un sistema multipolar homogéneo, el mismo que pasa a ser heterogéneo, posguerra, con el triunfo de los Aliados.

Se consolida la URSS, con la revolución bolchevique, desmoronándose el sistema eurocéntrico<sup>35</sup>, dando lugar a la formación de nuevas naciones, que terminarían enfrentándose nuevamente por la disparidad económica y militar de las potencias en disputa, estamos hablando de Italia, Alemania y Japón (El Eje), enemigos de los aliados conformada por Francia, Gran Bretaña, URSS y EEUU.

La segunda guerra mundial terminaría con la derrota del denominado Eje, el mapa europeo sería modificado diferenciándose tres espacios políticos, la Europa oriental (socialista), la Europa occidental (capitalista) y los países neutrales, el mundo se había dividido, en otras zonas de influencia.

EL sistema internacional occidental realizaría grandes esfuerzos para lograr el equilibrio y la estabilidad económica. Para lo cual se instrumentaron una serie de acciones, que serían el preludio de un elemental sistema internacional de cooperación, el que conformó a la Organización de las Naciones Unidas, de la cual surgió la Organización Mundial de la Salud. Todo ello junto al apareamiento de un mundo bipolar en cuyo contexto la Salud Internacional, particularmente en Occidente tuvo un modelo de desarrollo que significó precautelar los intereses del eje Occidental.

Por otra parte el modelo productivo de la posguerra daría lugar a un patrón de producción distinto caracterizado por la industrialización promovida por EEUU, a través de la expansión de las multinacionales, que al mismo tiempo conquistaría otros espacios geográficos por parte del hegemon norteamericano.

La nacionalización de las industrias y la conformación de los estados de bien estar fue el resultado posguerra, construyéndose los sistemas de protección para los

---

<sup>35</sup> Alfaro, Juan, Mundo unipolar o Multipolar, América Latina en Movimiento, [www.alainet.org](http://www.alainet.org).16/01/2018.

ciudadanos (seguridad social), amplios sistemas de salud, pensiones y jubilaciones, entre otros.

Estados Unidos colaboraría con la reconstrucción de Europa occidental, implementando el Programa de Recuperación Europea o Plan Marshall, el mismo que duró cuatro años aproximadamente, cuya finalidad además de reconstruir a esta parte de Europa, pretendía eliminar las barreras al comercio, modernizar la industria europea, aumentar la productividad y nuevos modelos de negocios.

La intervención americana tenía un solo objetivo, limitar la propagación comunista, así como su ideología promovida por la URSS.

Por otra parte el mencionado Plan Marshall daría lugar a la Organización Europea para la Cooperación Económica, que sería la responsable de garantizar la puesta en marcha de la recuperación conjunta y supervisar la adecuada distribución de la ayuda (1948-1960), organización que sería sustituida por la OCDE.<sup>36</sup>

Los países de la OCDE, tendrían un crecimiento económico importante (1945-1973), expresadas en el crecimiento de las tasas de crecimiento del producto per cápita (3,8 % promedio), por otra parte se mantuvieron economías relativamente estables, gracias a las organizaciones económicas internacionales que intervinieron junto con los estados para mantener el equilibrio entre el crecimiento y la recesión.<sup>37</sup>

En esta etapa no solo los países europeos se favorecieron, los países en desarrollo tuvieron sus ganancias gracias al producto interno bruto que se comercializó con Europa.

El globo se estructuraría geopolíticamente, y los enfrentamientos ideológicos llevarían a URSS y a EEUU, a la famosa Guerra Fría. Una guerra ideológica cuyo escenario inicial, fue 1917.

Nuevos enfrentamientos estarían a la puerta, posterior a la Convención de Yalta<sup>38</sup>, como son: Vietnam, Corea (1951-1953), Berlín (1958-1962) y Cuba (1962).

---

<sup>36</sup> OCDE, Centro de México, [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

<sup>37</sup> OCDE, Acerca de la Organización para la Cooperación y Desarrollos Económicos, [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

<sup>38</sup> Conferencia desarrollada en la ciudad de Yalta- Crimea en febrero de 1945, con la presencia de los “*Tres Grandes*”, Churchill, Roosevelt y Stalin, los tres mandatarios buscaron el mayor beneficio para sus naciones, salieron como aliados a pesar de sus divergencias. Dividieron Alemania en cuatro zonas, la creación de la ONU, indemnizaciones a los países afectados por los enfrentamientos bélicos generados por esta nación. creando un nuevo sistema que duraría 49 años. (José Manuel Breval, Historia General, Conferencia de Yalta, 2018).

Este periodo, caracterizó a la Cooperación Internacional, por su ideologización de la política internacional, es decir, los donantes definirían su asignación de recursos según los espacios geoestratégicos, políticos, ideológicos y de seguridad. Los donantes tenían la posibilidad de asegurar sus lugares de influencia, con la finalidad de que los estados receptores sean leales a las potencias que les brindaban la ayuda, incluyendo a la salud.

Durante la Guerra Fría, la CID estaría supeditada a la contención bipolar, perdiendo el interés por los principios iniciales democracia y derechos humanos, fortaleciéndose el sistema de Naciones Unidas. Organización que organizó varias cumbres, para lograr consensos en las diversas áreas relacionadas con el desarrollo, incluidos los del ámbito de la salud.

Las debilidades económicas, de la URSS, la llevaron a su caída, cuyo resultado se reflejaría en la desintegración del pacto de Varsovia<sup>39</sup> y la caída del muro de Berlín, con ello llegaría el final del comunismo. Dos regímenes opuestos en su organización y recursos. Socialismo vs Capitalismo, enfrentados por visiones distintas.

Terminada la Guerra Fría, emerge Estados Unidos como una superpotencia, logrando una importante influencia internacional y su presencia se extendió a todo el globo, a través de sus fuerzas militares, multiplicando sus acciones en varios países, logrando que estos mantengan una estructura económica similar y de orientación capitalista.

La cooperación internacional sería considerada como un instrumento renovado y eficaz para el desarrollo y la lucha contra la pobreza (1990).

En temas de la Cooperación al Desarrollo, el fin del conflicto significaría una transformación para el Sistema Internacional, que se consolidó en estructuras como FMI, BM y N.N.U.U., propias del hegemon Norteamericano, que sería quién domine en este ámbito.

---

<sup>39</sup>El pacto de Varsovia denominado oficialmente como “el Tratado de Amistad, Colaboración y Asistencia Mutua”, firmado en Varsovia (Polonia), el 14 de mayo de 1955, alianza militar de ocho países europeos de régimen comunistas (Albania, Bulgaria, Checoslovaquia, República Democrática Alemana, Hungría, Rumanía, Polonia y la URSS, cuya finalidad era contrarrestar a las acciones bélicas de la República Federal Alemana. Para 1985 se renovó oficialmente, por veinte años más, sin embargo la reunificación de las Alemanias en 1990, fue el antecedente para que las tropas soviéticas salieran de territorio polaco y para 1991, se decidió su disolución de la alianza.

Para el año 2000 la Asamblea General de la ONU, aprobó los Objetivos del Milenio, una de las agendas contemporáneas más importantes para la Salud Internacional.<sup>40</sup>

### **1.1.3. El Alma Ata: Hito contrahegemónico en el periodo de la Salud Internacional.**

*- Importancia y sus características.*

La declaración del Alma Ata, al fin del mundo bipolar, constituye un Hito contrahegemónico en la Salud Internacional. Fue el evento político más importante para su década, allí se resaltó la importancia de la Atención Primaria de Salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de atención en las localidades más apartadas y desatendidas dentro de los sistemas de salud y se confrontó con otra visión internacional al modelo prevaleciente.

El lema que caracterizó la declaración fue: “Salud para todos en el año 2000”<sup>41</sup>, el mismo que describe la ambiciosa tarea de acceso y universalización de la salud, en una década llena de conflictos.

El Alma Ata denunció las inequidades como intolerables, entre los países, así como en el interior de estos, su lema fue construido en este sentido, ya que su objetivo principal era promover un nivel aceptable de salud para toda la humanidad, a través del uso más adecuado y completo de los recursos mundiales, ya que en aquel tiempo los presupuestos estaban dirigidos en su mayoría a armamento o enfrentamientos bélicos.

Describiremos el contexto en el cual se desarrolló Alma Ata para comprender de mejor manera lo dicho anteriormente. En los años 1970 existía un panorama económico y político crítico, debido a que el planeta se encontraba en plena Guerra Fría cuya circunstancia se tradujo en democracias poco estables.

Particularmente en América Latina los regímenes de gobierno estaban constituidos por dictaduras militares, por lo que la salud asumió una orientación centralista y deficiente. Pese a ello se realizaron esfuerzos gubernamentales con la finalidad de permitir un mayor acceso a los servicios de atención sanitaria.

---

<sup>40</sup> NNUU, Objetivos del Milenio, [www.undp.org](http://www.undp.org), 2018

<sup>41</sup> Declaration of Alma Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, 6-12 September, 1978. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf). consultado 18/03/2017

En la III Reunión Especial de Ministros de Salud que fue convocada en Chile, por el gobierno de izquierda dirigido por Salvador Allende, en el año 1972, se mostró una comprensión frente a las deficiencias e inequidades de los servicios de salud. Este hecho es muy importante en la vida de nuestros pueblos y particularmente en la visión crítica que se requiere sobre los asuntos inherentes a la salud.

Partiendo de este encuentro, nació la idea (1972) de lo que sería la Atención Primaria de Salud como una estrategia para lograr el mayor acceso posible a la salud de toda la población, como primer escalón y entrada a los sistemas de salud.

Posteriormente y patrocinada por la URSS en 1978,<sup>42</sup> se organizó una Convención por OMS/OPS y UNICEF, en la cual se sintetizó una serie de intenciones que permitirían mejorar la situación descrita, las mismas que se puntualizaron en la Declaración que lleva su mismo nombre, subrayando nuevamente la importancia de la Atención Primaria de Salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos, sobre todo de los más pobres y vulnerables.

La Declaración de Alma-Ata se estructuró por un total de diez puntos no vinculantes, esto último fue un problema para los estados miembros, los cuales buscaban una base para la construcción de un nuevo sistema de salud, con una orientación hacia los derechos fundamentales, entre ellos el ejercicio pleno a salud a nivel mundial.

La Conferencia pidió que se realizaran acciones nacionales e internacionales urgentes, para alcanzar el desarrollo e implementación de la estrategia de APS. Esto comprometió a los gobiernos, OMS y UNICEF, a las organizaciones internacionales, a las agencias multilaterales como bilaterales y las no gubernamentales, así como también a las agencias de financiamiento, para apoyar comités nacionales e internacionales de Atención Primaria de Salud, por medio de canales para el soporte técnico y financiero necesarios, priorizando a los países en vías de desarrollo, con la finalidad de alcanzar la meta establecida.

Al mismo tiempo las instituciones comprometidas, brindarían la colaboración necesaria para la introducción, desarrollo y mantenimiento de la Atención Primaria de Salud en concordancia con el espíritu y contenido de la Declaración.

---

<sup>42</sup>OMS. Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 Ginebra: OMS, 1978.[www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

No obstante todo lo comentado, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata no consiguió cumplir la meta de "Salud para todos" que estuvo prevista para el año 2000<sup>43</sup>. Aquello ocurrió según los críticos, debido a la falta de voluntad médica operativa, política e ideológica, generándose en ese plazo una brecha sanitaria aún mayor de la existente en 1978, cuyo resultado fueron los sistemas de salud mixtos, es decir uno subsidiado por el estado para las clases bajas y varias veces deficiente, mientras que las clases beneficiadas económicamente, concurrirían a la alternativa privada.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria llegó a formular su declaración el 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales, con la ausencia importante de la República Popular China.

Respecto de la Atención Primaria de Salud de esta declaración, los puntos más relevantes según, OMS, fueron:<sup>44</sup>

- Evolucionar desde las condiciones económicas y características socioculturales y políticas de un país y sus comunidades
- Se basa en la aplicación de la investigación en servicios sociales, biomédicos y de salud y en la salud pública
- Aborda los principales problemas de salud en la comunidad, proporcionando servicios de promoción, preventivos, curativos y de rehabilitación según corresponda
- Incluye educación sobre los principales problemas de salud; promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada; un suministro adecuado de agua potable y saneamiento básico; atención de salud materno-infantil, incluida la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de enfermedades y lesiones comunes; y provisión de medicamentos esenciales

---

<sup>43</sup>OMS. Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 Ginebra: OMS, 1978.[www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

<sup>44</sup>OMS, 1978, [www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)



- Involucra a todos los sectores y aspectos relacionados con el desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la ganadería, la alimentación y la industria
- Requiere la máxima autosuficiencia comunitaria e individual y participación en la planificación, organización, operación y control de los servicios
- Desarrollar la capacidad de las comunidades para participar a través de la educación
- Mantener mediante sistemas de referencia integrados, funcionales y de apoyo mutuo, que conduzcan a una mejor atención sanitaria integral para todos, dando prioridad a los más necesitados. Depende de los trabajadores de la salud, incluidos médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores comunitarios, así como profesionales tradicionales, capacitados para trabajar en equipo y responder a las necesidades de salud de la comunidad

Concluyendo la declaración del Alma Ata, constituye un hito contrahegemónico en la Salud Internacional, la misma que reside en el conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario desde la Atención Primaria de Salud, los contemplados en esta propuesta para la organización óptima de los servicios de salud como son: Formular criterios no solo diagnósticos sino de gestión , atención de las necesidades sanitarias prioritarias, identificar los determinantes fundamentales de la salud propios de cada realidad de las diversas poblaciones. Factores que desde ese momento debían ser considerados para la planificación y ejecución de los programas y los proyectos de salud.

Sin embargo esta propuesta demandaba confrontación con lo prevaleciente en aquel momento por sus características ideológicas, su intento era demostrar que se podían abrir espacios para construir un modelo de salud conforme a los intereses del pueblo y no solo de los capitales.

Desgraciadamente Alma-Ata no se consolidó como se hubiera esperado. Hasta hoy se instituyó en una línea de base para las agendas futuras, por los tres principios fundamentales que promovió en su momento, como son: La solidaridad, la participación social y la equidad.

Alma-Ata representó la mayor denuncia en el marco internacional de la salud, por constituirse en un llamado urgente a todos los Estados para unirse en la búsqueda

de la salud como un derecho fundamental para toda la humanidad, objetivo no alcanzado, razón por la cual en cada foro y futura agenda se vuelve la vista al pasado, citando Alma-Ata como la deuda pendiente de los organismos internacionales, de las agencias de cooperación y de los estados con la comunidad global.

#### **1.1.4. Salud Internacional en América Latina, en la época del Desarrollismo**

Cuando nos referimos a la Salud Internacional es importante destacar la influencia que recibió del desarrollismo, lo cual se caracterizó por una visión eurocéntrica, en la cual se intervino desde los donantes hacia los países en desarrollo o receptores, con una visión asistencialista, dirigida a los grupos definidos como minorías. Estas acciones que en su momento se consideraron respuestas homogéneas descontextualizadas, en entornos heterogéneos de realidades económicas y culturales de los países periféricos.<sup>45</sup> Esto implicó que los países latinoamericanos no tuvieran las condiciones clásicas para seguir con el proceso desarrollista occidental, que se pretendía desde las intervenciones de la Cooperación Internacional procedente del Norte.

La asistencia internacional para el desarrollo en salud, tuvo un curso distinto en la región Latinoamericana en comparación a otras regiones, por la diversidad en las necesidades de cada uno de los pueblos.

El problema común fue garantizar una atención universal de los servicios sanitarios y su financiamiento. Las partidas presupuestarias y los fondos no reembolsables, provenientes de los organismos internacionales constituyeron las principales fuentes para solventar la atención en salud.

Pese a todos los intentos de los gobiernos estos países sufrieron una desigualdad en la distribución de los recursos. Los Ministerios de Salud fueron los responsables de llevar a cabo los diversos planes y programas, dependientes de los presupuestos estatales, así como también de los organismos internacionales como son: OMS/OPS, BM y FMI, para enfrentar los problemas principales de salud.

En el periodo de la Salud Internacional, los esfuerzos se orientaron a las enfermedades infecciosas/transmisibles (parasitarias, respiratorias), mortalidad materna, mortalidad infantil (periodo perinatal), tuberculosis y VIH.

---

<sup>45</sup>OPS, Salud Internacional: un debate Norte-Sur, Washington D.C, (1992)1-91

Las reformas de las políticas públicas se facilitaron en la región por la intervención de la CEPAL, en el periodo desarrollista, el mismo que explicaremos a continuación.<sup>46</sup>

*- Modelo desarrollista en la Región, en el Ecuador y la CID*

Frente a la asimetría del sistema parecen modelos como el desarrollista en cuyo contexto se orientan la acción del estado y del capital, incidiendo sobre los patrones en los cuales se estructuran los sistemas de salud.

Un modelo ligado a la teoría de las dependencias, fortalecido posterior a la segunda guerra mundial, tiempo en el que dominaba la teoría clásica del desarrollo. El mismo que postulaba, un modelo teórico económico, Centro/Industria – Periferie/Agrícola, el cual sostuvo un orden económico mundial, que se caracterizó por inequidad y perjuicio a los países periféricos, cuya consecuencia fue el aumento de la brecha entre los países desarrollados y en aquellos que se encontraban en vías de desarrollo.<sup>47</sup>

Para el desarrollismo los países presentan fases para alcanzar el desarrollo económico, las cuales iban desde la producción agraria a la industrialización y llegar al monopolio de capitales y consumo masivo.<sup>48</sup>

La finalidad de aplicar este modelo en los países menos desarrollados pretendía que estos alcancen los procesos de industrialización, para lo cual Naciones Unidas generó varias comisiones, que serían las encargadas de impulsar el tan deseado desarrollo.

En el caso de América Latina, sería la CEPAL el ente responsable de establecer las pautas con las cuales llegaría a la industrialización, no obstante se encontraron varios elementos en la región que profundizaban el subdesarrollo.

Los intentos fueron varios y quizás una de las estrategias que lejos de llevarnos al desarrollo trajo consigo la mayor problemática fue la sustitución de importaciones, caracterizada por una política comercial, que proponía sustituir las importaciones extranjeras con la producción nacional. Las políticas se dirigieron a diversificar las capacidades industriales de la región, para atender la producción interna, acompañada de procesos de inversión y transformación tecnológica y productiva.<sup>49</sup>

---

<sup>46</sup> [www.cepal.org](http://www.cepal.org)

<sup>47</sup> [www.cepal.org](http://www.cepal.org)

<sup>48</sup> [www.cepal.org](http://www.cepal.org)

<sup>49</sup> *Ibíd.*

En algunos países estas políticas fueron efectivas como es el caso de Brasil, Chile, Argentina, para los países Centroamericanos y Andinos, estuvieron rezagados al no modernizar su agricultura y mantenerse en el modelo primario de exportaciones, debido a la división de elites, una adinerada y terrateniente, opuesta a todo procesos de innovación, frente a otra pobre, campesina, subordinada.<sup>50</sup> Este fue el momento en el que el cono Sur tomó ventajas en áreas como las comunicaciones, la energía, transporte entre otras.

Con estos antecedentes, enfocaremos la cooperación internacional para el desarrollo, que nace como receta para poder alcanzar los niveles de desarrollo de los países industrializados, frente a un gran número de países que no habían logrado los niveles deseados de la Industrialización, denominados países del Tercer mundo.

El debate se inicia cuando se plantea la inquietud de porque el mismo sistema económico de mercado no funcionaba de la misma manera que en otros territorios. Las pautas que permitirían que se alcanzara la industrialización, eran simples no obstante las condiciones económicas, sociales y políticas eran muy diferentes entre el Norte y el Sur. La situación del Sur se caracterizaba por una escasa capacidad de inversión, de ahorro y tecnología, llevando a estos países al círculo de la pobreza, caracterizado por incapacidad de producir, por la falta de capital para invertir y ahorrar, generando una baja productividad.

Una realidad, que en aquel momento histórico debía ser superada gestando un sistema de cooperación para el desarrollo, estructura que permitiría transferir recursos financieros y técnicos para que los países subdesarrollados puedan superar el tercermundismo.

El sistema a través del cual se realizaría la transferencia, vendría de los países europeos (OCDE), y el establecimiento de la AOD, a través de programas impuestos desde el Norte para el Sur, aparentemente estas buenas intenciones serían de importante apoyo para la región, desgraciadamente la problemática nacería a partir de la falta de conocimiento de cada espacio geográfico latinoamericano.<sup>51</sup>

Los programas impuestos por los estados donantes, estuvieron dirigidos por organismos como: FMI, BM, entre otros. Recetas económicas externas que sirvieron como reproducción de modelos económicos del Norte, posicionamiento geográfico y

---

<sup>50</sup> *Ibíd.*

<sup>51</sup> OCDE, Organización para la Cooperación y Desarrollos Económicos, [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

seguridad, construyendo una nueva dominación que no solucionó los problemas de pobreza de los países que recibieron la mencionada cooperación.

Al no solucionarse los problemas estructurales las formas de dependencia siguieron siendo las mismas y en ese entorno la situación de la salud internacional no tuvo modificaciones, estas llegarían más tarde con el fin del mundo bipolar. El paso del tiempo, daría lugar a una pérdida de valores y de las ideas iniciales que gestaron a la cooperación, llevó a un debate crítico, ya que se priorizaron otros intereses.

Estaba claro que el sistema de la CID fue construido por los grandes hegemonas, ya que la estructura impuesta vino desde Norteamérica, como fue la propuesta de Naciones Unidas, Banco Mundial, FMI y otras agencias propias del mencionado país. En el caso de la OCDE, las agencias de cooperación internacional venían de los distintos países europeos, por lo tanto el remedio fue peor que la enfermedad, por lo que se consideró al modelo desarrollista denominado del “*Norte*”, como destructivo, por los grandes esfuerzos que realizaron los países de la región en su aplicación, cuya consecuencia fue el endeudamiento excesivo y una estructura estatal frágil e inestable.

#### -Desarrollismo en el Ecuador 1970

En el Ecuador el desarrollismo tuvo su inicio en la década de los sesentas, periodo que se caracterizó por las reformas estructurales a nivel agrario, petrolero e industrial. El país adoptó el modelo partiendo de las recomendaciones de la CEPAL, las mismas que se inspiraron en las medidas keynesianas<sup>52</sup> que promovieron del Estado y el crecimiento, así como la ampliación del empresariado privado, de esta forma se

---

<sup>52</sup>John Maynard Keynes, tuvo aportes teóricos a partir de los años treinta, periodo en el cual se presentó una importante crisis económica, a la que se denominó, la Gran Depresión de EE.UU, expandiéndose a todos los países con régimen capitalista. La propuesta de este economista tenían base en una política intervencionista para reducir la amplitud del ciclo económico, promulgando políticas fiscales anti cíclicas, para suavizar las fluctuaciones propias de la economía de mercado, de tal manera que el crecimiento sea lo más estable en el periodo de recesión o crisis y esta última sea lo más corta posible y menos severa. Para este economista los gobiernos debían resolver los problemas a corto plazo, para no esperar a que las fuerzas del mercado corrijan la situación a largo plazo. A estos planteamientos se denominó economía keynesiana o keynesianismo, el mismo que influyó en mayor medida después de la Segunda Guerra Mundial, extendiéndose a otros países en crisis. En el caso Latinoamericano la CEPAL tomaría esta teoría económica para promover el desarrollo social y económico de la región. (Ruben Mackay Castro, Marco Suraty Molestina y Guido Poveda Burgos, Enfoque del comercio exterior basado en el modelo de la escuela keynesiana, Observatorio de Economía Latinoamericana Ecuador, julio, 2017)

impuso a la industria altos aranceles en el marco de un modelo de sustitución de importaciones

EL Estado participo fuertemente en la promoción del crecimiento y ampliación del empresariado privado. Se impulsó así la industria con altos aranceles en el marco de un modelo de sustitución de importaciones.

Las reformas trajeron consigo la segmentación de los servicios de salud, los sectores: El privado, el público y la seguridad por los aportes de la seguridad social. El Estado se encargó de las intervenciones en salud pública y en las redes asistenciales para los más pobres. La construcción de Hospitales, especialmente en los centros del comercio y espacios de exportación (Guayaquil por ejemplo), fue notorio, así como evidente la presencia de especialistas formados en el extranjero. Por otra parte la salud estaría influenciada además por los procesos de acumulación y las consecuencias que estos traerían consigo.<sup>53</sup>

Un reciente MSP (1967), sin una jerarquía frente a un sistema fraccionado dio lugar a un nivel deficitario de salud, ya que las medidas que se implementaron se realizaron de manera independiente en cada institución, sin ningún tipo de coordinación entre estas.<sup>54</sup>

El Ecuador cursaba por régimen dictatorial presidido por el Gral. Guillermo Rodríguez Lara, el cual consolidó al Estado como impulsor para el desarrollo. Su principal ingreso provino de la explotación petrolera (1972); grandes obras públicas se realizaron, carreteras, puentes, centrales hidroeléctricas, inversión en educación, vivienda y salud, serían las prioridades del gobierno regente.

En temas de Cooperación Internacional para el Desarrollo en salud, se recibió el apoyo de la OMS, UNICEF, CAN (convenio Hipólito Unanue), además del apoyo de gobiernos extranjeros como fue el de Bélgica y Holanda.<sup>55</sup>

OMS expide su recomendación de “Salud para todos en el año 2000”, con todos los objetivos para ser alcanzados en el futuro, esta pretendía fortalecer los sistemas sanitarios de los países adscritos, para la integración de todos los sectores sociales. Esto se lograría motivando a las comunidades para que los servicios lleguen a los espacios más remotos del territorio nacional.

---

<sup>53</sup>[www.cepal.org](http://www.cepal.org)

<sup>54</sup>Alfredo Uquillas, *El modelo económico industrial en el Ecuador*, Observatorio de la Economía Latinoamericana de Ecuador, N° 104(2008)

<sup>55</sup>A, Uquillas(2008)

La atención médica se realizó a partir del modelo salud-enfermedad, netamente biologicista y la medicina tropical, a través de las prácticas tradicionales, debido a que la medicina ancestral no estaba contemplada, pese a ser practicada por los pueblos autóctonos de la región.

Los programas se orientaron al saneamiento, combatir la desnutrición y no faltaron las agencias de cooperación que apoyaron los programas que incentivaron el desarrollo en las comunidades y lugares apartados.

Finalmente las medidas económicas sugeridas por la CEPAL, para el Ecuador representó un momento de cambio de modelo para un país eminentemente agroexportador, cuyo principal producto era el banano, pasar a la industrialización, apoyada por la industria petrolera, permitió cierta estabilidad y un aparente desarrollo económico, pero a su vez provocó un distanciamiento entre el sector agrícola y el industrial, evidenciando el desequilibrio intersectorial regional.

Se emitieron varios créditos por parte del Banco de Fomento y por parte del Estado se entregaron varios insumos, con la finalidad de apoyar la comercialización y la producción agrícola, todos estos programas no alcanzaron la meta planificada favoreciendo a las clases pudientes del país y no a los agricultores.

En salud podemos decir que se amplió la cobertura de servicios y disminuyó la mortalidad infantil, sin embargo los altos niveles de endeudamiento que representó esta macroestructura para modernizar el Estado y lograr los objetivos del nuevo modelo, traería consecuencias en la siguiente década ya que la deuda se volvió inmanejable, sumado a la baja del barril de petróleo, generaron desequilibrios económicos. Por otro lado era cuestión de tiempo para que el Estado pierda su rol de suministrador directo de bienes y servicios.<sup>56</sup>

La empresa privada se hizo cargo de ellos, y las políticas neoliberales, tuvieron como consecuencia miseria, desempleo e incremento de las desigualdades. Por lo tanto el modelo desarrollista, utilizando como estrategia la sustitución de importaciones generó más efectos negativos que positivos, así como una CID con ayuda atada, un verdadero fracaso que traería al futuro ecuatoriano nuevas crisis económicas.

#### **1.1.5. Estructura de la Salud Internacional**

La Salud Internacional estuvo dirigida a implementar prácticas y políticas en los países en vías en desarrollo. Su objetivo primordial fue reducir la morbilidad y mortalidad

---

<sup>56</sup> Carlos Alfredo Uquillas, El modelo económico industrial en el Ecuador, Observatorio de la economía Latinoamericana, N°104(2008)

y la construcción de estrategias para combatir las enfermedades de frontera. Estos objetivos permitieron establecer una estructura dentro del sistema de cooperación internacional.

La estructura de la salud internacional se conformó por las agencias de cooperación de los países de la OCDE, organismos multilaterales para el financiamiento de los programas y finalmente la administración de los mismos se llevaría a cabo por organizaciones filantrópicas y universidades localizadas en los países donantes.

No podemos dejar de mencionar al Sistema de Naciones Unidas, representado por la OMS/OPS, como líder de la Salud Internacional. La OMS tuvo en este periodo la responsabilidad de gestionar las políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial, además sus objetivos estaban orientados a reducir la mortalidad, morbilidad con énfasis en las poblaciones pobres y marginadas. Reducir los riesgos para la salud, además de desarrollar sistemas de salud más justos, eficaces y financieramente equitativos.

Otras organizaciones mundiales se encontraba la Cruz Roja Internacional, UNICEF, así como los organismos multilaterales financiadores FMI, BM, entre otros.

La contraparte de esta estructura eran las organizaciones nacionales, en primera instancia regidas por los Ministerios de Salud y sus diversas direcciones y Subsecretarías, estas estaban encargadas de llevar a cabo los programas regionales establecidos por la agenda internacional. Debemos mencionar también las estructuras gestionadas por la seguridad social y desde la parte privada se encontraban fundaciones, clínicas y hospitales, que participaban activamente en los programas en afán de alcanzar las metas establecidas para la ayuda de las poblaciones más vulnerables y la lucha contra la pobreza. Muchas de estas últimas tenían relación directa con las agencias y programas de los países de la OCDE.

Una vez revisado brevemente la estructura de la salud internacional hablaremos de las dos entidades que en este periodo tuvieron un papel representativo y controversial por la competencia que se generó entre ellos, como son: La OMS y

Podríamos hablar de varios actores en diversos escenarios históricos y políticos, sin embargo en esta investigación nos referiremos al líder incuestionable de la salud internacional, la Organización Mundial de la Salud, cuyo inicio formal fue en 1948, la convirtió en una agencia intergubernamental, caracterizada por su capacidad de respuesta ante los contextos políticos de cada momento, como el correspondiente



al de la Guerra Fría. Conflicto que dividió al mundo en dos ejes, los mismos que contaban individualmente con sus propias estructuras.<sup>57</sup>

La Organización Mundial de la Salud, para fines estratégicos, dividió al mundo en regiones: Las Américas, el Sureste Asiático, Europa, Mediterráneo Oriental, Pacífico Occidental y África, para lo cual se generaron oficinas regionales.

Después de algunos éxitos temporales, esta agencia tuvo que cambiar su perspectiva, para encontrar un balance entre las superpotencias que existieron en su momento. La dependencia regular de recursos por parte de la organización basada en los aportes de los donantes, constituyó uno de los obstáculos que tuvo que enfrentar, lo cual puso en riesgo su liderazgo dentro de los programas de salud desarrollados, pues debió competir con otros actores de la estructura internacional, como el Banco Mundial.

Para finales de los años ochenta e inicios de los noventa, el Banco Mundial brindó mayor confianza y seguridad a los países que recibieron sus ayudas, frente a la ineficiente OMS, debido a que esta última, no pudo responder a las nuevas circunstancias económicas y políticas internacionales que habían asumido en sus gestiones los enfoques neoliberales,<sup>58</sup> a causa de la caída del sistema bipolar y de la implantación de una variante del sistema capitalista. El Banco Mundial promulgó, entonces, la reforma de salud, frente a los pocos recursos económicos, a los ineficientes e ineficaces sistemas de salud, que promovieron una mayor participación del sector privado en el financiamiento de los servicios de salud. Debido a esta razón las actividades del BM generaron controversias, no obstante por ser una fuerza dominante en el marco económico internacional, sus orientaciones prevalecieron provocando una enorme movilización de sus recursos financieros a los programas y propuestas globales.

Por lo tanto la Estructura de la Salud internacional desde nuestro punto de vista tendría tres elementos fundamentales las agencias internacionales, los organismos financiadores y las estructuras estatales como contraparte y como representación de los estados, finalmente el cuarto elemento con el cual las agencias de cooperación de los países donantes mantuvieron relación son las estructuras y empresas privadas tanto de

---

<sup>57</sup> Cueto Marcos y Zamora Víctor, Historia, salud y globalización, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú (2006), 62-100

<sup>58</sup> Cueto Marcos y Zamora Víctor, Historia, salud y globalización, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú (2006), 62-100

asistencia de salud como proyectos sociales, como una pequeña representación de la sociedad civil de los países receptores.

Queda claro que esta estructura fue de utilidad para los intereses hegemónicos y la transferencia de tecnología, política y modelos económicos capitalistas, por cuanto fue una estructura impuesta con la aparente visión de luchar contra la pobreza, alcanzar la equidad de los pueblos subdesarrollados y el acceso a la salud, sin embargo el objetivo final era una competencia de intereses para ganar espacios en el marco de las instituciones participantes que cubrir las necesidades reales de los Estados en vías de desarrollo.

#### **1.1.6. Ventajas, desventajas y riesgos de la Salud Internacional**

La ventaja fundamental de la Salud Internacional es la construcción de un espacio de participación de profesionales en el ámbito internacional y de la Cooperación para el desarrollo, que desde su origen tuvo la finalidad de resolver las crisis generadas por las enfermedades que afectaban a la población de diversos países. Estimuló a la investigación y a la construcción de institutos de investigación que en el transcurso de la historia representaron aportes fundamentales para la epidemiología, salud pública y la intervención como medicina tropical.

La convergencia de los países con una sola finalidad proveer de salud a los lugares más apartados y pretender que la APS sea la entrada de los sistemas sanitarios, demuestra cómo desde hace años persiste la necesidad de superar las desigualdades y las situaciones de injusticia que acarrea la pobreza.

Si comentamos sus desventajas, la fundamental sería la forma como la salud del ser humano entró en segundo plano y los intereses del capital, del comercio y de la producción se pusieron por delante de los principios fundamentales.

Por otra parte, si bien la CID inicio como una idea solidaria, con el tiempo perdió su esencia, transformándose en una industria para transferir modelos económicos, políticas e incluso alcanzar espacios geográficos, para posicionamientos internacionales u obtener quórum para ganar aliados en los foros internacionales.

Otro factor a considerar es el hecho de que la imposición de costumbres y acciones eurocéntricas o norteamericanas, en su momento pusieron en riesgo la cultura y las practicas autóctonas de las regiones en las cuales realizaron sus intervenciones, alejadas de las realidades heterogéneas.

Finalmente el principal riesgo de la Salud Internacional ha sido mantenerse por un periodo tan largo, sin innovación alguna, con las mismas estructuras y las

estrategias y programas similares, mientras las necesidades e intereses de cada población han ido cambiando, así como los riesgos a la salud. Los cambios en la economía han evidenciado la necesidad de una renovación en los modelos internacionales de abordaje a la salud en el marco de las relaciones internacionales y la cooperación internacional para el desarrollo, pues el capitalismo entra en una nueva etapa con nuevos actores, un mundo multipolar, lleno de contradicciones que siguen priorizando intereses económicos sobre los derechos del ser humano, como es la salud.

La salud internacional se quedó obsoleta para los requerimientos globales, además priorizó el conocimiento del Norte dejando por fuera las necesidades de las minorías, como el pensamiento médico-social latinoamericano y los determinantes sociales, que dan un contexto muy diferente a la posibilidad de la cooperación y salud, así como la industria en su prioridad de fines de lucros sobre la justicia social, frente al acceso a los servicios sanitarios y de tratamientos.

## **1.2.Nuevo paradigma para posicionar a la Salud Global como Bien Público Mundial**

Los esfuerzos del sistema hegemónico para posicionar a la salud global como bien público mundial están originaos en la concepción de que los Estados favorezcan la atención de la salud con el objetivo de garantizar la Atención Primaria de Salud, lo cual significa garantizar la mano de obra para el desarrollo del proyecto económico del capitalismo, sin embargo , las otras actividades vinculadas a la salud-como es la producción de fármacos-siempre han quedado en el marco de los intereses privados de tal suerte que se produce la llamada paradoja de la utilización del Estado en ninguna forma, desde una visión de fortalecimiento del mismo sino de traspaso utilitario de responsabilidades.

### **1.2.1.Globalización y Salud**

En este capítulo hemos construido la propuesta sobre la influencia de la globalización en salud partiendo de las investigaciones del académico colombiano y salubrista A. Franco, así como de G.Berlinger, profesor de la Universidad de la Sapienza en Roma, este último, una de las figuras más importantes en el estudio sobre el desarrollo de la medicina social y los efectos de la enfermedad en el perfil de lo social.

Explicaremos la influencia de la Globalización en salud y cómo la globalización fortaleció el cambio de paradigma de la Salud Internacional a Salud

Global, generando un nuevo marco en las Relaciones Internacionales en el sector de la salud en la Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Parecería que el término globalización es únicamente propio de los procesos económicos, pero la realidad es otra, pues este fenómeno –que ha reducido al planeta a una aldea global- ha contribuido a intensificar la interacción humana en un amplio rango de esferas a través de las fronteras espaciales, temporales y cognitivas, que separan a los individuos y a las colectividades<sup>59</sup>, por lo tanto es una combinación de procesos económicos, sociales, políticos, ideológicos, ambientales y culturales.

Las diferentes perspectivas y enfoques del proceso global, como lo señalan Franco y Berlinger, proponen una correspondencia en la fase de expansión, aceleración e intensificación de las relaciones sociales capitalistas, en la cual la lucha de clases es el factor causal y determinante en el marco del desarrollo tecnológico que ha acelerado la velocidad de transmisión de conocimientos, información, bienes y servicios, como base y el detonante de todos los demás procesos.<sup>60</sup>

Si bien es cierto que se han globalizado las finanzas, simultáneamente se han globalizado las migraciones de los pueblos, los traslados de mercancías, los conocimientos científicos y de las tecnologías, los sistemas y estructuras del poder, las producciones, los consumos y el trabajo humano. En el caso de la salud, que debe ser considerado un bien esencial, también se ha globalizado, en todos sus factores, generando importantes repercusiones. Frente a este escenario, se hace necesario valorar su injerencia en el marco de las RRII y la CID, aspectos que incluiremos en nuestra investigación.<sup>61</sup>

La globalización de la salud, se debe entender de la siguiente manera: “Como un problema global alrededor de un bien fundamental, como un bien indivisible, como un objetivo social deseable”, la misma que debe estar centrada en los valores humanos, enfrentando a la inequidad y apoyada en una conciencia ambientalista y sanitaria del planeta.<sup>62</sup>

La globalización de la salud en este contexto- cuyo efecto se caracteriza adicionalmente por el aumento de las interdependencias entre países, por la mayor influencia de factores temporales y espaciales, además de la presencia de nuevos

---

<sup>59</sup>Franco A. Globalizar la salud, GacSanit (2003)17,157

<sup>60</sup>Franco A. Globalizar la salud, GacSanit (2003)17,158

<sup>61</sup>Berlinguer, Giovanni, La Salud Global, Bioética Cotidiana Siglo XXI, México (2002),175

<sup>62</sup> Franco A. Globalizar la salud, GacSanit (2003)17,157

actores y nuevas alianzas – acrecienta la situación de la salud pública por la pérdida del rol (poder) de los Estados<sup>63</sup>, para actuar sobre los determinantes fundamentales de la salud como son el comportamiento de los mercados internacionales, los nuevos estilos de vida y consumos globales, el comercio de bienes y servicios de la salud, además de la contaminación ambiental generalizada.<sup>64</sup>

Por otra parte, tenemos la libre circulación de capitales y sus efectos negativos sobre la sociedad, lo que conlleva al crecimiento de la economía globalizada, aprovechado por las transnacionales, poniendo en amenaza a la salud de los individuos, producto de las relaciones de poder propias del capitalismo<sup>65</sup> que, como lo señala Samir Amín ha provocado evoluciones en el sistema determinando el marco en el que operan los ajustes locales<sup>66</sup>

Otra de las consecuencias de la globalización, es la crisis de la gobernanza mundial y del Estado, debido a lo cual se hace necesario una estructura construida a partir de nuevas instituciones acordes con un gobierno global y una ciudadanía global,<sup>67</sup> que se adapte a las necesidades de la sociedad actual y particularmente a los negocios que propone este sistema, incluidos los que pueden generarse alrededor de la salud.

La Globalización, adicionalmente reduce espacios geográficos, distancias y transporte de mercancías, lo que a su vez, facilita la expansión de enfermedades.

En efecto, a lo largo de la historia, los intercambios de mercancías entre localidades permitió la transmisión de enfermedades, marcando etapas en la historia de la humanidad, realidad que ha conducido a estados precarios de salud.

Mencionaremos algunas enfermedades transmitidas de esta manera con la finalidad de ejemplificar de mejor manera, lo referido anteriormente. El sarampión, se propagó entre Roma y Asia, por las rutas caravaneras alrededor de II, A.C. En el

---

<sup>63</sup> No debemos olvidar que el modelo global se basa en el deterioro de los Estados Nacionales, hoy se encuentra latente una voluntad expresa de construir una similar expansión ideológica, económica y social en todo el globo.

<sup>64</sup> A. Franco Globalizar la salud, GacSanit 2003;17:158pp

<sup>65</sup> Incluyo en este análisis lo referente a: Patentes, fórmulas y principios activos de los productos farmacéuticos, “propiedad intelectual”, que empobrecen los servicios de salud, por el encarecimiento de los tratamientos, que vulneran el patrimonio de los pueblos sobre el desarrollo de la ciencia.

<sup>66</sup> Amin Samir, *Los Desafíos de la Mundialización*, (1999),5.

<sup>67</sup> A Franco . *Globalizar la salud*, GacSanit (2003);17,160

caso de la viruela, exterminó a un tercio de la población afectada, un siglo después, propagándose por las mismas rutas comerciales.

Durante el siglo XIII y XIV, para seguir con esta lista de ejemplos, se transportaron los vectores (pulgas infectadas), en los caballos, desde Mongolia, expandiéndose a Birmania, y de allí hasta Europa Oriental, originando la mortal peste bubónica. Posteriormente se generalizó por el viejo continente la enfermedad señalada, esta vez fueron las ratas los vectores responsables de la transmisión de la bubónica. Definitivamente, viajes y comercio hicieron del continente un caldo de cultivo de las enfermedades infecciosas.

Muchos de estos viajes, formaron parte de las políticas de expansionismo de las metrópolis y de la persistencia por responder al desarrollo de los intereses económicos de estas, sin pensar en la integridad y en la buena salud de los pueblos.

Mirando la realidad de nuestro continente, las migraciones, en la historia de nuestra región han tenido una enorme significación para propiciar el apareamiento de enfermedades.

Lo referido se vuelve evidente en el caso del descubrimiento de América, en 1492, que a pesar del beneficio económico que significó para las coronas europeas, fue un proceso devastador, por los altos índices de mortalidad, en la población indígena del nuevo continente. La ausencia de defensas inmunológicas, entre otras cosas, frente a nuevos vectores por el intercambio de enfermedades, entre autóctonos y colonizadores, dieron lugar a grandes epidemias, que por su carácter “desconocido”, no pudieron ser atendidos a tiempo y con rigurosidad.

Enfermedades como la viruela, el sarampión, la fiebre amarilla, la malaria perniciosa, la difteria, la varicela, la tosferina, la tifoidea, la escarlatina, la influenza, se hicieron presentes en las poblaciones invadidas, todo aquello en medio del influjo de patrones culturales, de factores ambientales, de agentes biológicos entre el viejo y el nuevo mundo.<sup>68</sup>

Otra de las enfermedades –que lo cito por su especificidad y por el debate que provocó en relación a su origen- y llegó a tener doce denominaciones es la sífilis. Esta enfermedad se dijo perniciosamente que había llegado a Europa proveniente de

---

<sup>68</sup>A.Franco , Globalizar la Salud, GacSanit (2003)17,158

las Américas, cuando los responsables de su transmisión fueron los conquistadores provenientes del viejo continente, provocando una enorme cantidad de muertes.<sup>69\*</sup>

Al mismo tiempo, los conquistadores, para resolver la carencia de mano de obra, por los hechos anteriormente explicados, trajeron esclavos africanos para cubrir diversas necesidades, realidad que, paradójicamente, acrecentó la presencia de nuevas epidemias (malaria, la fiebre amarilla y el dengue).

En suma, la apertura comercial de las Américas por parte de los europeos estableció, por primera vez en el mundo, un considerable vínculo económico entre Europa - Norte y Suramérica - África. Algunos estudiosos de esta realidad descrita, como Le Roy Ladurie, han denominado a esta circunstancia como la “*unificación microbiana del mundo*”<sup>70</sup>, entendida como la difusión de agentes y vectores biológicos de enfermedades en todos los continentes.

Siglos más tarde, las estrategias y acciones terapéuticas se generalizaron entre las naciones y surgió la acción sanitaria internacional para el control de las epidemias que en unos casos afectó a Europa y, posteriormente a los Estados Unidos de Norteamérica e incluso al conglomerado de países del sur de las Américas. En medio de conflictos de intereses entre estas regiones del mundo se instituyó la estructura administrativa que, mediante la conjunción de esfuerzos de algunos países, para el control de las enfermedades transmisibles, el saneamiento ambiental y la creación de oficinas internacionales sobre epidemias, dieron origen a los eslabones iniciales de lo que luego fue la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>71</sup>

Con el pasar de los años, la innovación en los medios de transporte, la movilidad humana, entre otros factores, han favorecido para que las enfermedades

---

<sup>69</sup>Este debate fue superado en nuestro país gracias a la producción bibliográfica de dos importantes médicos ecuatorianos: el uno fue Ricardo Paredes quien en 1918 -conforme lo demostró el Historiador Germán Rodas en obra “Ricardo Paredes y la influencia de la Revolución Juliana”, publicada en el año 2011- se graduó de médico en la Universidad Central con una tesis sobre esta patología y, la otra persona que abordó sobre este mismo asunto fue el médico e investigador Plutarco Naranjo, quien escribió “Sífilis: Otra enfermedad que nos llegó de Europa”, publicado en 1999”

<sup>70</sup> Le Roy Ladurie, 1989, pp33-34, citado por Miguel Ángel Cuenya en la Obra Puebla de los Ángeles en tiempos de una peste colonial, capítulo la Crisis de la Mortalidad, Colegio de Michoacán, México, (1999), 21

<sup>71</sup>A, Franco. (2003)

infecciosas pueden transmitirse globalmente produciendo un directo y dramático efecto en la morbilidad y la mortalidad en todo el mundo.

Para América Latina, se pueden definir tres momentos fundamentales en el desarrollo de la salud en relación a la sociedad vinculados en tres periodos históricos y económicos de la región. Estos momentos-según Oliva López Arellano y Florencia Peña Saint Martin conforme lo dicen en su texto Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano, corresponden a:

1.- La expansión capitalista: Caracterizada por una explotación de recursos naturales que estaría relacionado con un modelo higienista en el campo de las políticas públicas de salud y los inicios de la sociología como área académica independiente de la reflexión en salud.

2.- El periodo desarrollista, definido por la promoción de la industrialización y apoyado en la sustitución de importaciones, modelo cuestionado por el surgimiento de las corrientes sociológicas latinoamericanas a los que se denominó como las teorías de las dependencias, definidas por la presencia de un Estado benefactor. En esta fase se fortalecen las ciencias sociales; las políticas públicas en salud se sustentan en modelos ecológicos multicausales y surgen las posiciones contestatarias en salud que reconocen la importancia de la desigualdad social como eje esencial de la causalidad de los problemas más importantes en salud.

3.- Finalmente la globalización de la economía: fase que nos interesa por nuestra investigación, está caracterizada por la imposición por organismos supranacionales de un nuevo modelo económico denominado “globalización neoliberal”, que borra las fronteras nacionales y reconfigura las políticas sociales desmantelando al estado de bienestar y sus instituciones de protección social, lo que ocasiona un proceso de “privatización de la vida” y de todas las áreas rentables de la economía, incluyendo la atención a la salud.<sup>72</sup>

Definitivamente, la globalización al margen de otros efectos, ha mundializado factores negativos o contrarios a aquellos que benefician la salud. Se ha producido, así, el incremento de riesgos y enfermedades, el debilitamiento de los servicios de salud y a causa de los fenómenos de crisis, han ocurrido recortes presupuestarios en las economías tanto nacionales como internacionales que estuvieron destinados para

---

<sup>72</sup>Oliva López Arellano y Florencia Peña Saint Martin en su texto Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano Medicina Social ([www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)), volumen 1, número 3, pp 82 diciembre 2006



las políticas sanitarias. Lo referido ha traído como consecuencia que se intensifiquen determinadas enfermedades infecciosas y emerjan otras nuevas.<sup>73</sup>

Ahora, en relación a los efectos favorables de la globalización en la salud, podemos señalar, que lo que existe en realidad son simplemente aspiraciones para que se logren las metas sociales y se superen las amenazas del nuevo orden mundial; pues si se colocan primero los intereses del mercado sobre el “estado de bienestar” individual y colectivo, se hace difícil alcanzar las metas propuestas, por más aprovechamiento que se den a las diversas oportunidades, en el intento de hacer accesible este potencial a las comunidades más pobres.

Otras propuestas, como la posibilidad de que los Estados se unan y enfrenten problemas comunes<sup>74</sup>, todavía siguen constituyendo un ideal, más allá de las alianzas regionales que ya existen y que han tenido una importante presencia en el mundo. Empero, las instancias regionales han puesto atención prioritaria a las actividades comerciales, dejando de lado a los temas de salud.

Por todo lo señalado, las soluciones a muchos conflictos y a los problemas de la salud, están del lado de una nueva estructura en las relaciones internacionales. En esta perspectiva se debe comprender la necesidad de reforzar la acción gubernamental para actuar sobre la gobernabilidad en salud pública, con la finalidad de enfrentar, de esta manera, las influencias provenientes de los determinantes globales de la salud; también se vuelve indispensable el apoyo a la salud pública, a las políticas públicas que deben centrar su inversión en la salud humana,<sup>75</sup> ya que es necesario comprender que bajo el enfoque de la globalización, los servicios de atención a la salud se convierten en un nuevo sector económico que busca ganancia y rentabilidad.

La realidad nos pide articular acciones y políticas que equilibren este escenario de tal modo que las políticas de salud que se enfocan en un mercado que ya no es el correspondiente al espacio sanitario tradicional -y que afectan totalmente a la salud pública-, requieren intervenciones adecuadas para evitar distorsiones que olviden la esencia del género humano.

Indiscutiblemente, los servicios de salud se han convertido en un bien económico diferenciador entre la población, ya que según el poder adquisitivo de cada

---

<sup>73</sup>Franco A.,(2003)158

<sup>74</sup>Franco A.,(2003)159

<sup>75</sup>Franco A. Globalizar la Salud,GacSanit (2003),17:159

individuo se define el acceso a la atención médica; quienes están ubicados en el nivel socioeconómico medio o alto, pueden pagar por él o cuentan con algún sistema de aseguranza de salud y la atención es oportuna, mientras que aquellos sectores de nivel socioeconómico bajo, que dependen del Estado y de sus programas de atención gratuitas, tienen dificultades en el acceso a una atención médica de calidad, lo cual se más dramático en aquellos sectores que no tienen ningún tipo de dependencia y de protección de la salud. Todo esto se vuelve evidente en aquellos sistemas sanitarios que tienen carencias extremas debido a diversas circunstancias.

Lo dicho precedentemente parte de la argumentación siguiente: Cuando los servicios de salud se someten a la lógica del mercado, es decir de ganancia y rentabilidad, busca aumentar la oferta en la atención de los servicios para cubrir la demanda, y así obtener mayor ingreso para expandir el mercado. Pero estas políticas olvidan al ser humano, ya que el llamado derecho a la salud, se convierte, en este caso, en un “derecho privado” al que pueden acceder solo unos cuantos individuos.<sup>76</sup>

Este suceso repercute de manera directa en la salud de las personas y de su productividad, lo que origina un círculo vicioso, iniciado por la disminución o la falta de ingresos, que propicia una mayor carga de enfermedad, sumado al deterioro de la atención en salud oportuna y adecuada.

En este contexto, la cooperación internacional para el desarrollo, que indirectamente cuida del “capital humano”<sup>77</sup> para mantener activo al sistema económico, pretende que el mayor número posible de ciudadanos, se beneficien del acceso a la salud de manera equitativa, compensando las desigualdades y las vulnerabilidades sociales. Para algunos de los Estados Latinoamericanos (Cuba, Ecuador, Venezuela, Brasil, Argentina), este beneficio puede ser posible gracias a políticas regionales que atiendan los conflictos de salud desde perspectivas de derechos fundamentales tanto del hombre y de la mujer, sin importar el lugar de permanencia de los ciudadanos.

Toda esta realidad produce una cascada de acontecimientos, en donde el talento humano, específicamente el médico, padece las consecuencias del fenómeno global, situación que se repite una y otra vez, entre los profesionales que se encuentran en los países afectados por las crisis económicas, que provienen de la globalización. Esto

---

<sup>77</sup>JenniferRuger ,E Rol cambiante del Banco Mundial en salud Global,(2006)114

promueve desplazamientos a otras áreas geográficas, en la búsqueda de mejores condiciones de vida, altos ingresos y lograr un progreso profesional.

Por lo tanto, las migraciones de los trabajadores de la salud ocurren aceptando remuneraciones precarias, facilitando grandes desigualdades. No obstante los pagos salariales son mayores a los que podrían obtener en sus países de origen, los ingresos que reciben son menores a los que normalmente corresponden por ley a un ciudadano de origen en el país de acogida.

De esta manera perturban inconscientemente las condiciones laborales de los médicos del país al que han realizado su traslado, obligando a los profesionales más destacados del territorio local, a emigrar hacia algún país del primer mundo, asunto que empeora la crisis del sector.

Ante esta situación, los profesionales de la salud tienen el imperativo ético de luchar contra los efectos indeseables de este tipo de globalización y la única forma de convertir sus condiciones en favorables es estableciendo mejores políticas de salud para el talento humano en cada país y políticas regionales comunes en esta materia, de tal suerte que en el campo de las ofertas profesionales, estas se generen por los requerimientos de la lucha contra la enfermedad y no por una visión sesgada de abaratar costos y tratar a los enfermos, cubriendo simplemente lo que se denominan las brechas de profesionales.

Los especialistas en salud, son vistos como mercancías, a pretexto de la cooperación científica técnica, generando un complejo subsistema que debe ser tratado con seriedad en el marco de las Relaciones Internacionales y de la Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Adicionalmente a todo lo dicho y respecto a esta problemática, los efectos de la globalización en la salud pública, sus resultados e impactos en los sistemas sanitarios, ponen en juego algunos determinantes sociales como:

- Aumento de exposición a riesgos, como ocurre en el caso de las enfermedades infecciosas (tuberculosis, VIH, paludismo, cólera).
- Aparición de nuevos estilos de vida, menos saludables, que desarrollan cuadros crónicos como: obesidad, diabetes, hipertensión, entre otras enfermedades no transmisibles.
- Problemas derivados de la contaminación ambiental y cambio climático.

Otro punto de vista, con el cual coincidimos, es el de uno de los autores latinoamericanos destacados en esta temática, el investigador peruano, Marcos Cueto,

menciona en una de sus publicaciones de la Universidad Cayetano Heredia, a Derek Yach y Douglas Bettcher, quienes definieron el nuevo paradigma de la globalización como: “El proceso de incremento de la interdependencia y la integración económica, política y social, como capital, bienes, personas, conceptos, imágenes, ideas y valores más allá de las fronteras del Estado”<sup>78</sup>

Supinda Bunyavachi y Ruth B Walkup, también citados por Marcos Cueto, reconocen que existen profundas diferencias entre la salud internacional y la salud global, y en este entorno establecen que la principal diferencia entre ellas es una nueva categoría a la que denominan como “*lo transnacional*”.<sup>79</sup>

Luego de lo manifestado por los autores citados, afirmamos que las raíces de la globalización son antiguas, sin embargo el proceso ha adquirido una nueva envergadura, que ha llevado a que esta globalización en salud pública, de finales del siglo XX y comienzos del XXI, tenga un aspecto dual, por su carácter prometedor y al mismo tiempo amenazador, sujeto a los intereses del capital antes que a las expectativas del ser humano, lo cual se ha producido como efecto del desarrollo en espiral de un sistema hegemónico que ha ido construyendo posterior al fin del mundo bipolar.

### **1.2.2. Salud Global: Antecedentes, características, estructura (organizaciones internacionales), políticas y SNS.**

#### *-Antecedentes y Características*

Salud global es un término que trae consigo varias visiones, incluso una nueva estructura política global en salud, por la complejidad de relaciones que se han construido alrededor de este término en los últimos 20 años, por cuanto ha dominado los discursos políticos, su definición parte del Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM)<sup>80</sup>.

En efecto la Salud Global está considerada como un área de investigación, estudio y práctica, para integrar la salud pública, la salud internacional, la medicina tropical, cuya agenda está dirigida a resolver la problemática de las enfermedades emergentes y reemergentes, programas a grupos prioritarios, además de los temas

---

<sup>78</sup>M.Cueto,V.Zamora , *Historia, salud y globalización*, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú 2006.

<sup>79</sup>Ibíd.

<sup>80</sup>E.Pedro Brito, *La Cooperación Internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global*; Rev. Cubana Salud Pública, (2014),40 (1).

ambientales que atañen a los diversos colectivos y de los países de renta media y renta baja, pero la institucionalidad no queda fuera de esta nueva visión.

Entre los ideales de este moderno enfoque, está el promover políticas globales y fortalecer la ayuda internacional, por medio de nuevos valores e innovadores objetivos, esto nos permite divisar un nuevo ordenamiento político y sanitario de alcance global, un campo teórico y disciplinar se abre para la esfera global.

Este paulatino cambio, no ha sido un hecho espontáneo, nace de una serie de crisis que han afectado seriamente las economías y el desarrollo social, poniendo a la salud como un eje prioritario en los foros internacionales y se instalen en las agendas políticas internacionales, estableciendo su intervención y el dirigir los flujos económicos como estratégico. Para analizar al enfoque de salud global, es importante identificar los elementos que convergen desde una perspectiva política, en la cual la política de salud y la gobernanza, otros elementos importantes son el financiamiento de la Cooperación Internacional para el Desarrollo, además de las relaciones entre, la salud y las relaciones internacionales, salud con el comercio exterior, y la salud con la seguridad nacional e internacional, todos estos elementos, llevan a que la salud global, tenga un enfoque, amplio y único en el escenario de las políticas globales.

#### *-Estructura de la salud Global*

Otro aspecto marcado de la salud global ha sido el cambio de actores, generando un nuevo sistema político. Algunos países donantes mantienen sus agencias, su protagonismo ha disminuido, tenemos un conjunto de instituciones que destacan, como son: El fondo Global, Alianzas por las Vacunas e inmunizaciones, Iniciativas Globales de la Salud, Banco Mundial, Fundación Gates entre otras filantrópicas, organismo gubernamentales, esto ha incrementado los montos de la ayuda pese a la crisis de la cooperación.

Pese a que la salud global considera las necesidades de salud de los individuos en todo el planeta, por encima de la nación en particular.<sup>81</sup> Este sencillo concepto dibuja un escenario distinto en donde la OMS asume el rol de coordinadora, estrategia y líder de iniciativas de salud, en un inicio.

Para 1992 la organización se vio en la obligación de ser más eficaz en su labor con la finalidad de cubrir los requerimientos que podrían presentarse con el cambio global, para cuyo efecto incrementó el énfasis en asuntos de salud global para plantear

---

<sup>81</sup>M.Cueto , 2006,94.

su papel protagónico y organizativo en esta esfera. Hasta entonces el término de salud global se empleaba esporádicamente, fuera de la OMS. Utilizaron esta categoría sectores vinculados al pensamiento de las izquierdas, partidarios de izquierda política, dentro de varios temas mundiales.

Milton y Ruth Roemer, quienes realizan su investigación en salud pública y medicina social, sostuvieron que las mejoras para alcanzar esa salud global dependía de la expansión de los servicios públicos antes que de los servicios privados, no fueron los únicos, con este tipo de opiniones sobre esta categoría.<sup>82</sup>

Otros movimientos que promulgaban el tema de la salud global fueron los movimientos ambientalistas debido a los problemas globales medioambientales, como el calentamiento global y sus efectos devastadores para la salud humana. Para mediados de los noventas se realizaron varias investigaciones frente a las amenazas de la salud global. Fue el Centro de Control de Enfermedades (CDC)<sup>83</sup> el que generó las primeras inquietudes con sus publicaciones respecto de las enfermedades infecciosas emergentes; de esta manera apareció un nuevo léxico entre los que se encuentran:

- Amenazas de enfermedades infecciosas globales
- Amenazas microbianas globales

Con la finalidad de comprender que el problema de transmisiones de los gérmenes no correspondía a un tema únicamente de fronteras, el mensaje fue claro; es decir la creciente amenaza de las denominadas enfermedades globales podrían afectar hacia el futuro, de la misma manera, a países pobres como a países ricos, por lo tanto se volvió necesario reforzar la situación financiera de la OMS, para cuyo efecto se organizaron sociedades globales y fondos globales, con el objeto de reunir grupos de donantes privados, gobiernos, agencias bilaterales y multilaterales, que debían concertar objetivos comunes y específicos.<sup>84</sup>

Evidentemente, la OMS intento usar su liderazgo como una estrategia organizativa sobre la salud global, que prometió la supervivencia de las agencias y lograr, a su vez, la renovación de ese mismo liderazgo.

Este liderazgo de la OMS no la hace creadora de la salud global, pues esta corriente estuvo en otras manos, los movimientos ambientalistas y algunas corrientes

---

<sup>82</sup> Cueto, M, 2006pp95.

<sup>83</sup> Ibíd.

<sup>84</sup> E. Pedro Brito, La Cooperación Internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global; Rev. Cubana Salud Pública, (2014), 40 (1).

de izquierda,<sup>85</sup> sin embargo su gestión ayudo a promover este nuevo concepto junto con los intereses que estuvieron arraigados en este nuevo criterio.

Definitivamente el término de Salud Global, apareció como parte de los procesos políticos e históricos más amplios en el escenario de un orden mundial neoliberal, en donde el rol que anteriormente fue de carácter dominante de la OMS, se vio desafiado y la agencia multilateral comenzó a recolocarse dentro de las nuevas alianzas de poder.<sup>86</sup>

En resumen, el dominio disciplinar de la Salud Global se ha definido como la salud de las poblaciones, donde los problemas de interés que se deben resolver, trascienden las fronteras y sólo pueden ser abordados mediante acciones y soluciones multidisciplinarias y cooperativas, aclarando que lo "*global*" se refiere al alcance o al impacto que tienen los problemas de salud en la colectividad mundial y no a que se encuentren localizados en varios países. En consecuencia, los problemas de interés para la Salud Global son aquellos que causan la mayor carga de enfermedad en el planeta.

#### *-Políticas y SNS*

La Salud Global surgió paulatinamente de los dominios de la salud pública y de la Salud Internacional. Todavía se debate qué tanto se diferencia o se distingue la Salud Global de estas disciplinas a pesar de que en nuestro criterio la Salud Internacional atendió problemas de enfermedad en regiones similares vinculadas al comercio y a la Salud Global ha dirigido esta misma atención paralelamente al desarrollo del capitalismo global.

Algunos autores posicionan a la Salud Global como una extensión del dominio disciplinar de la salud pública con respecto al espacio geográfico de sus operaciones y las diferencian en cuanto a que ésta limita el objetivo de la salud pública hacia el desarrollo de programas de prevención en las poblaciones, mientras que a la Salud Global le conciernen todas las estrategias posibles dirigidas a mejorar la salud.<sup>87</sup>

Esto contrasta con lo que busca la Salud Global, una clara atención de las comunidades, propiciando que estas se adueñen del conocimiento y desarrollen

---

<sup>85</sup>V.Zamora, *Enfermedades emergentes como un reto para la salud pública*, Historia, salud y globalización, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú (2006)94-95.

<sup>86</sup> M.Cueto, V.Zamora, *Historia, salud y globalización*, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú (2006)84-95.

<sup>87</sup>Williams F.Waters, *Salud, Transición y Globalización: la experiencia del Ecuador*, Estudios Ecuatorianos un aporte a la Discusión,(2006), 103-112

aplicaciones que en conjunto propendan al mejoramiento de sus índices de salud y a su vez, una mejor calidad de vida. Su calidad de vida asegure la producción y el comercio.

En ese orden de ideas, la plataforma de Salud Global, rechaza la colonización médica o los programas de salud foráneos y reconoce que los países en vías de desarrollo, son socios en la producción del conocimiento, y que estos países pueden diseñar y aplicar estrategias para la prevención y el tratamiento de enfermedades y generar ambientes o comunidades saludables.

La Salud Global espera la participación activa de los actores localizados en los países en vías de desarrollo ya que ellos conocen la realidad de la salud y de las condiciones socioeconómicas donde se encuentran. Su reto es participar ayudando a crear y sostener sistemas de salud, sólidos, adecuados, que permitan prevenir y enfrentar las enfermedades con mayor carga, que aquejan a una determinada comunidad.

Es aquí donde la palabra "global" adquiere una connotación que va más allá del simple espacio geográfico, debido a que el adecuado estudio de la enfermedad o del problema de salud, debe ser analizado desde las distintas aristas que lo componen: lo biomédico, social, económico, legal, ambiental, entre otros. Desde esta visión, lo "*global*" en salud se refiere, entonces, a una visión holística del conjunto del problema, que puede presentar un individuo, un colectivo o una nación, cuya intervención requiere un trabajo multidisciplinar y el respectivo acompañamiento basado en el apoyo solidario de los países de la región.

No obstante, estamos experimentando cambios, en Latinoamérica y en el Caribe, fenómeno llamado "transición epidemiológica", en donde además de lidiar con las enfermedades infecciosas, se han incrementado de manera significativa aquellas de tipo crónico no transmisibles; el impacto de este conjunto de enfermedades crónicas en esta región corresponde al 60% de todas las muertes, entre ellas tenemos: hipertensión, obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemias.<sup>88</sup>

Finalmente, la Salud Global es por todo esto un cambio de paradigma en el Marco de las Relaciones Internacionales y de la CID, debido al modo con el cual se abordar la salud. En este contexto la salud es considerada como un bien público mundial que debe ser compartida por todas las personas y todas las naciones, para

---

<sup>88</sup>A.Franco ,(2003)



favorecer la cooperación horizontal, caracterizada por países en desarrollo, que permite la movilización de recursos humanos, financieros y materiales, para alcanzar los desafíos del desarrollo, fortaleciendo la cooperación Sur-Sur. De esta manera se garantiza el desarrollo de un mundo en que el eje económico y social es multipolar más allá de las distribuciones regionales que pueden expresarse en confrontación secundaria entre los mismos de un proyecto estratégico compartido.

Actualmente se habla de tres amenazas que requieren estrategias de control global<sup>89</sup>:

1.- Los intereses clásicos de la Salud Internacional (las infecciones, la malnutrición y los problemas de salud sexual y reproductiva);

2.- Las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo asociados como la obesidad y el tabaquismo

3.- Los efectos en la salud del debido al cambio climático y a consecuencia de las políticas internacionales de mercado

Por lo tanto estamos ante una nueva era, con nuevos desafíos, que requieren de nuevas formas para ser enfrentados. La Salud Global proporciona una visión distinta que orienta los esfuerzos colectivos para mejorar la salud en el mundo, por medio de tres dimensiones:

1.- El derecho universal de la salud, equidad y globalización.

2.- Control de las enfermedades infecciosas, de la infancia, malnutrición, de los problemas de salud sexual y reproductiva,

3.- Cuidado y prevención de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo, implementando estrategias de control a nivel mundial.

Lo enumerado demuestra el afán de tener sociedades relativamente sanas que puedan estar enlazadas a la estructura económica y social hegemónica.

Con estas perspectivas nace un nuevo marco para las relaciones internacionales y la cooperación internacional para el desarrollo, en la cual se configuran nuevas estrategias así como el papel que jugarán cada uno de los actores.

El enfoque de la Salud Global es integrado e integrador; fortaleciendo las instituciones de los sistemas nacionales para garantizar, conjuntamente con la participación ciudadana la rectoría y control, en afán de un impacto positivo de las acciones en la salud.

---

Se reconocen, de esta manera, las limitaciones de la salud internacional frente a las posibles amenazas expuestas como consecuencias de la globalización económica y como oportunidad abierta, para interpretar política y socialmente, a la globalización. Por lo tanto, la salud pública se vuelve un bien global, basado en un nuevo valor público cuya finalidad es cambiar la Salud Internacional en:

1. Una nueva conceptualización con una base teórica diferente.
2. Buscar la mejoría de la salud mundial como situación y condición de vida.
3. Crear un sistema global de salud pública, producto de nuevas formas de gobernanza, en dónde los intereses del poder puedan ser cubiertos por la presencia en el escenario mundial de una población relativamente sana que mejore la producción.

El mayor desafío, en este momento, para la salud mundial, es el de la equidad, sin embargo las necesidades inmediatas de su gestión se han orientado a responder frente a:

- Cambio climático
- Desigualdades en salud
- Enfermedades Emergentes y reemergentes.
- El descenso de los indicadores de salud.
- Los problemas en respuesta social (responsabilidad de los gobiernos, ONU, ONGs, estados y otros actores en el escenario internacional) que mitiguen los conflictos salud-enfermedad.

Todos estos asuntos serán incluidos progresivamente en las nuevas agendas y se establecerán, para su eficaz funcionamiento, lineamientos que nos permitan establecer parámetros para sumar esfuerzos por los países de la región y para alcanzar las metas propuestas. Sin embargo al llegar el 2015, se plantea una agenda denominada los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que en positivo, en la cual la salud constituye un eje transversal en los diferentes puntos propuestos.<sup>90</sup>

#### -Bienes Públicos Mundiales y Salud Global

Hemos hablado de la Salud Global convertida en un bien público mundial conforme los intereses del poder hegemónico, esto nos lleva a abordar las discusiones sobre la relación de los bienes públicos internacionales y su incidencia en los ámbitos y destinos geográficos de la CID

---

<sup>90</sup><http://www.cooperacionspanola.es/es/provision-de-bienes-publicos-globales>

Los Bienes Públicos Globales (BPG), tienen como objetivo promover el bien estar social en diversas áreas, como son: la salud, el medioambiente, la seguridad, el conocimiento, la gobernabilidad, todos y cada uno de ellos factores esenciales para el desarrollo y progreso de los colectivo, por esto último, son considerados como oportunidades estratégicas, por la posibilidad de resolver problemáticas comunes y beneficiar a toda la comunidad internacional.<sup>91</sup> Su gestión supera el ámbito nacional, debiéndose trabajar coordinadamente, más allá de las fronteras de los países, cuyo reto es un alcance de nivel global o regional.<sup>92</sup>

Los BPG, se clasifican en tres grandes grupos como son: naturales, producción humana y los objetivos políticos globales, por lo tanto, claros ejemplos de BPG son los bienes y servicios ambientales proporcionados por la naturaleza, la paz, la estabilidad económica y financiera, la salud global, el conocimiento y la cultura.<sup>93</sup>

Para la provisión de Bienes Públicos Globales se requiere de la acción de instituciones internacionales, incluyendo la construcción, el refuerzo y a menudo la coordinación de las acciones nacionales, canalizadas por fondos o programas nacionales, regionales o globales, de organismos multilaterales.<sup>94</sup>

Es importante mencionar que el sistema multilateral se encuentra experimentando un profundo proceso de transformación, con la finalidad de adaptarse a las nuevas exigencias, como son un nuevo multilateralismos más eficaz y democrático<sup>95</sup>, por otra parte se proyecta desde el ámbito multilateral, una coherencia con la política de cooperación al desarrollo, en la cual, deben adaptarse a la misión, ámbito y características propias de cada organismo, con el objetivo de aprovechar las competencias que especializan a cada una de las instituciones, al realizar las actividades que se promueven.<sup>96</sup>

En este contexto la cooperación internacional, ha adquirido la función del sostenimiento y promoción de los bienes públicos, para que sean de fácil acceso a los individuos, por lo tanto se procura garantizar estos bienes y promover esfuerzos para su financiamiento y mantenimiento.

---

<sup>91</sup>[www.aecid.sv/cooperacion-multilateral/](http://www.aecid.sv/cooperacion-multilateral/), AECID, Cooperación Multilateral

<sup>92</sup><http://www.cooperacionespanola.es/es/provision-de-bienes-publicos-globales>

<sup>93</sup>[www.aecid.sv/cooperacion-multilateral/](http://www.aecid.sv/cooperacion-multilateral/), AECID, Cooperación Multilateral

<sup>94</sup> Ibíd.

<sup>95</sup> Ibíd.

<sup>96</sup> Ibíd.

En relación a las contribuciones multilaterales para conseguir los objetivos señalados se distinguen dos tipos<sup>97</sup>:

- Multilateral pura (core)
- Multi-bilateral (no core)

La multilateral pura (core), no marcada, no sectorial y no geográfica, puede ser voluntaria u obligatoria, no van dirigidas a un sector o país concreto, sino parten de los presupuestos generales de los organismos, cuyos recursos son manejados por tratados internacionales, definiendo el destino de los fondos a través de una mejor coordinación de los donantes, cuyo resultado es la disminución de los costos de transferencia de recursos para los países socios.<sup>98</sup>

En el caso de los No Core, es una ayuda no regular, marcada, destinada a fondos de programas específicos, disgregada geográficamente, dirigida mayormente a Latinoamérica<sup>99</sup>

A su vez los organismos multilaterales de desarrollo (OMUDES), se clasifican en 7 categorías, según el CAD de la OCDE, dentro de estos dos grupos, clasificadas según se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2  
**OMUDES**

| No Finacieras   | Finacieras o IFFIs  |
|---|---|
| NNUU  | BM  |
| UE  | Bancos Regionales de Desarrollo:<br>-CAF<br>-BID (fuente principal para L.A.) |
| OMC   | FMI   |
| Otras Instituciones, fuera del sistema de NNUU:<br>-OCDE      -Protocolo de Montreal<br>-OSCE      -SEGIB<br>-IFFIm      -CIHEAM<br>-OEA      -OISS<br>-OIM      - OEI<br>-UA |   |

Fuente: AECID, Cooperación Multilateral.

<sup>97</sup> Ibíd.

<sup>98</sup> [www.aecid.sv/cooperacion-multilateral/](http://www.aecid.sv/cooperacion-multilateral/), AECID, Cooperación Multilateral

<sup>99</sup> [www.aecid.sv/cooperacion-multilateral/](http://www.aecid.sv/cooperacion-multilateral/), AECID, Cooperación Multilateral

Desde la cooperación, el principal inconveniente es el beneficio gratuito o pasajero, por cuanto genera externalidades negativas para el ámbito público.

Fuertes diferencias se presentan al determinar quiénes serán los custodios de estos bienes públicos mundiales. Se ha planteado que las Naciones Unidas, podría asumir la responsabilidad de la administración de estos recursos, por cuanto se considera que al ser bienes públicos globales, no podrían ser responsabilidad de un solo Estado en particular, por poderoso que sea. La mencionada administración estaría ligada a los organismos multilaterales y se mantendrían sujetos a los tratados internacionales. Lo más interesante en este contexto, es el número de movimientos sociales y organizaciones de gran diversidad, de todas partes del mundo, que empiezan a ser miembros activos, para construir, ejecutar y vigilar los acuerdos internacionales a través de los cuales se velará por estos recursos globales puestos al servicio del interés global.

Por otra parte, debemos mencionar a los Bienes Públicos Regionales (BPR), aquellos bienes públicos, cuyos beneficios van más allá de los territorio de un país y abarca una región definida. En este caso la demanda de los BPR, se ha incrementado, frente a los esfuerzos de integración regional en todo el mundo, un ejemplo claro es la UE (Unión Europea), quien ha intentado homogenizar los sistemas de educación, salud, condiciones comerciales en todo el territorio europeo.<sup>100</sup>

Para la región latinoamericana existen varios esquemas de integración y convergencias con la finalidad de defender estos BPR, de los cuales hablaremos con mayor profundidad en los siguientes capítulo, no obstante podemos decir que por medio de las acciones colectivas y la cooperación, surgen estas iniciativas, (BPR) que a su vez fortalecen a la creciente CSS en la agenda de desarrollo de América Latina y el Caribe.

Jeffrey Sach (Monterrey, 2002), asesor especial de Kofi Annan<sup>101</sup>, es quien propuso para mejorar el financiamiento de la salud, el establecerlo como un Bien Público Mundial, ya que cada año fallecen millones de personas, en sus años productivos, por enfermedades que pueden ser prevenibles, lo que reduce la actividad

---

<sup>100</sup> [www.aecid.sv/cooperacion-multilateral/](http://www.aecid.sv/cooperacion-multilateral/), AECID, Cooperación Multilateral(2017)

<sup>101</sup> Kofi Annan de Ghana fue el séptimo Secretario General de NN.UU., su primer mandato fue desde 1997 a 2001 y el segundo periodo corresponde a 2002-2006.<http://www.un.org/sg/es/content/KofiAnnan>

económica por debajo de su potencial. Con la propuesta de Sach, los fondos serían utilizados para la investigación (vacunas), fármacos y otros temas pendientes.<sup>102</sup>

Finalmente los bienes públicos globales son actualmente la esencia de la globalización y de la relación Norte-Sur, en materia de salud, ambiente y seguridad, puestos como prioridades en las agendas internacionales.

Una vez evaluada la agenda ODM, la salud se encontró, pese a los intentos de cumplirlos, en una situación crítica, tanto a nivel global como en forma particular, situación que se busca corregir en la nueva agenda post-2015, como son los objetivos de desarrollo sostenible.

Desde esta perspectiva el acceso a la salud, tendría una importante oportunidad en la etapa de la salud global, pues nadie debería pasar privaciones para pagar la atención de los servicios. Para algunos autores como Rafael Domínguez, la salud en sí misma no puede ser considerada un Bien Público Global, solo la investigación, innovación y desarrollo en salud, podrían ser considerados como tal, acompañados de la prevención de enfermedades transmisibles<sup>103</sup>, esta visión del abordaje clínico, únicamente favorece a las industrias, más no a la integralidad de las poblaciones.

Tanto la agenda post-2015, como la salud global, la cual ha tenido un giro importante en el abordaje de la salud, a través de los determinantes sociales de la salud, vislumbran un nuevo panorama para la salud como BPM, y lograr por fin la cobertura universal sanitaria en los países en desarrollo.

El reto de financiar los BPI, será para los organismos multilaterales y de la cooperación internacional, ya que tradicionalmente la ayuda se realizaba país a país, frente a la lucha contra la pobreza y el desarrollo, los cuales consideran de gran importancia soslayar los problemas regionales y globales, prioritarios como es la salud, además de comprometer a los Estados para hacer de este derecho un derecho inalienable.

*-Ventajas, desventajas y riesgos de la salud global.*

Nuestro análisis nos ha llevado a transitar por la historia y conocer como los diversos elementos permitieron esta transición entre la Salud Internacional a Salud

---

<sup>102</sup>[www.onu.org](http://www.onu.org)

<sup>103</sup>R.Domínguez, *La salud como bien público global en la agenda de desarrollo post 2015*, RevSalJal, N°3, Sep-Dic 2015, pp121

Global.<sup>104</sup> Llevar la salud a nivel global, tiene sus riesgos y oportunidades, debido al fortalecimiento de la difusión de ideas, tecnologías, y valores.

Considerando los riesgos, existe la posibilidad de debilitar ciertos derechos fundamentales por las características propias de la globalización, manifestados como son: por la precarización laboral, el deterioro de la protección social, generados por la globalización, lo que conlleva a promueve nuevos sistemas de vigilancia, monitoreo, y alertas globales, para responder a las nuevas necesidades (enfermedades emergentes y reemergentes) y a los efectos que estos cambios pueden producir en la salud.

En respuesta a todas estas necesidades, nace un nuevo modelo claro como es la salud global. Pasamos claramente de un modelo de salud enfermedad a uno colectivo individual. Dónde la salud global latinoamericana ha sido un importante contribuyente de ideas e investigación que han llevado al Norte Global a voltear los ojos hacia el Sur, con el propósito de conocer estas nuevas prácticas de cooperación y evaluar sus resultados, para tomar conciencia de cómo mejorar su proceso de cooperación en el futuro.

### **1.2.3. Latinoamérica el pensamiento médico contrahegemónico**

Frente al desarrollo de la medicina global y el mundo globalizado en América Latina ha existido un pensamiento contrahegemónico que se preocupó de la salud-enfermedad a partir de comprender que hoy las causas estructurales que actúan sobre esa realidad (determinantes sociales) con la finalidad de enfrentar la problemática a través de soluciones que aborden los problemas centrales y no solo aplicar medidas paliativas con intervenciones individuales, cuando la problemática sanitaria no es un hecho que atañe solo al individuo sino a las colectividades.

En efecto, en América Latina, la perspectiva médico-social, construyó un enfoque, que reconoce las multidimensionalidades de la salud, la reflexión crítica de la realidad y la politicidad de su quehacer, años más tarde estos elementos, constituirán la plataforma conceptual y práctica de la llamada salud colectiva en Brasil.<sup>105</sup>

“Para E. Granda (2003), la salud colectiva surge del reconocimiento de que los procesos salud-enfermedad-representaciones-respuestas sociales, expresan hechos históricos-sociales que atañen a los colectivos humanos y que, por tanto,

---

<sup>104</sup> Juan Albanés, Salud Global. *La OMS y la transición de la Salud Internacional a la Salud Global*, Global Medical Affairs, 2014.

<sup>105</sup> Costa y Ribeiro, 1992; O. Arellano (2006)

es necesario explicar la determinación y distribución de estos procesos más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología”.<sup>106</sup>

En este proceso de ruptura con la salud global y reconstrucción con los intereses de la región y sus expectativas sociales asume el reto de superar la visión biologisista y determinista impuesta por la medicalización de los enfoques sanitarios prevalentes y la incorporación transdisciplinaria de las perspectivas sociológicas y antropológicas.<sup>107</sup>

Por lo tanto la salud colectiva afronta retos teóricos y metodológicos no resueltos por otras corrientes y expresa una visión propia para enfrentar la realidad de la región en lo posible distante de la instrumentalización hegemónica.

Estos retos se expresan en:

1. El abordaje de las relaciones ente lo biológico, lo psíquico y lo social.
2. Los límites e insuficiencias en la teoría social para comprender la relación entre el individuo y la colectividad.
3. La delimitación precisa del campo, la construcción particular de su objeto de estudio y las formas de aproximación a ese objeto.<sup>108</sup>

Adicionalmente el auge en las ciencias sociales latinoamericanas, mostraron claramente que la solución de las necesidades colectivas de atención a la salud, vivienda, educación, alimentación proviene de la recomposición del poder la que ha estado en manos de las elites nacionales, funcionales a la dependencia.

La construcción de un pensamiento latinoamericano para estudiar la salud de las colectividades ha contribuido a entrever formas de interpretación y prácticas en salud distintas y coexistentes con la medicina científica dominantes, que expresan las articulaciones y las reconfiguraciones de las identidades de los grupos étnicos de América Latina.<sup>109</sup>

El cuestionamiento profundo a la medicina preventiva y a la salud pública hegemónica y su contribución a la ampliación y reconstrucción del campo de conocimiento de las ciencias sociales en relación al complejo análisis de los múltiples procesos que se articulan en la expresión de las realidades biológicas-psíquicas

---

<sup>106</sup> Granda, 2003; Arellano, (2006)

<sup>107</sup> Paim y Almeida, 1998; Arellano(2006)

<sup>108</sup> Ed. Navaro (2002); Arellano(2006)

<sup>109</sup> Olivia López Arellano y Florencia Peña Saint Martin, Temas y debates, salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. Medicina Social ([www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)) volc.1, N°3, diciembre 2006; pp95.



humanas, incluida la salud – enfermedad, ha construido un camino innovador interpretativo de la realidad regional.

Así en medio de esta realidad se ha desarrollado la epidemiología crítica, cuyo fin es la interpretación integral de la salud-enfermedad de las colectividades y cuestionan los límites de la causalidad probabilística, la reducción de la realidad a factores y la noción de riesgo como concepto “explicativo de la epidemiología convencional.”<sup>110</sup>

Este proceso al que ha dado cuenta de la historia de las ideas y del pensamiento médico que ha explicado la realidad de la salud latinoamericana desde perspectivas críticas que han posibilitado el surgimiento de un pensamiento innovador, cuestionando los conocimientos biomédicos y epidemiológicos tradicionales, incorporando teorías y metodologías de las ciencias sociales para re-conceptualizar a la salud como fenómeno social en sí mismo.<sup>111</sup>

Un nuevo pensamiento ha traspasado las fronteras disciplinarias para construir la salud de las colectividades como eje analítico de reflexión transdisciplinaria, cuyo final ha dado paso a un discurso innovador. En efecto, se conformaron espacios y equipos multidisciplinarios que utilizaron herramientas de muy diversas ciencias tradicionales para abordar la complejidad de este campo, cuya producción fue un conocimiento original en su comentario.

En estos nuevos escenarios la investigación se ha diversificado gracias a las propuestas de interdisciplinarias, transdisciplinarias y de multiniveles, que combinan métodos que ven la polarización social y en la exclusión actual de millones de habitantes la causa para que existan minutos de bienestar y una injusticia intolerables.

Frente a todas estas circunstancias las concepciones tecnocráticas han pretendido reducir al médico como un experto que sabe aplicar cierta tecnología y donde el paciente se define como el cliente y/o usuario de la atención. Este tipo de práctica ha reducido al médico a un experto frente al enfermo, dejando de lado aspectos imprescindibles como la comprensión, la compasión y la mirada humana sobre el enfermo.

Ante esta realidad la medicina social y colectiva en Latinoamérica se ha convertido en una propuesta de contrapoder que tiene valor no solo para enfrentar a

---

<sup>110</sup> Breihl y Granda (1982), Goldberg, (1990); Almeida, (1990); Breilh, (1994); Almeida(2000); Breihl(2003); Arellano(2006).

<sup>111</sup> Medicus Mundi, *Claves para transformar los servicios de salud en América Latina*, 15-80

las políticas globalizadoras sino porque ha sido capaz de organizar propuestas alternativas.

De esa manera la medicina no es solo una ciencia, una técnica o un arte es sobre todo una empresa moral, es una forma de vida, que conlleva un compromiso ético comunitario. Finalmente la medicina es una profesión comprometida con una actividad social que pretende el bienestar sanitario de la comunidad y de los individuos. Estas ideas expresan el valor asumido por la nueva medicina latinoamericana que se abre paso frente a las hegemonías de un pensamiento médico positivista.

Percibidas así las cosas, la salud abre un campo maravilloso para nuevas prácticas que serán compartidas gracias a la cooperación científico técnica en la que las fronteras dejan de ser un impedimento para construir conocimientos y resolver las diversas necesidades de las poblaciones.

Dicho de otro modo, nuestra región – en medio de la globalización\_ ha sido capaz de construir un pensamiento propio en la materia de salud que ha incidido en los países del norte. La globalización en este caso no ha sido solo nutrirnos del pensamiento eurocéntrico. La fórmula, en más de una ocasión ha funcionado al revés.

Podemos decir entonces y por todas las causas señaladas, que en esta última década, la salud global latinoamericana ha admitido la necesidad de poner atención a esta nueva visión de la salud en el ámbito académico, el ámbito de los gobiernos, en el de los organismos internacionales, así como también de las organizaciones de la sociedad civil.<sup>112</sup>

En el siguiente cuadro se resume las principales acciones orientadas al fortalecimiento, reorientación, definición y redefinición de los campos del conocimiento relacionados con la salud de la población y su evolución en el tiempo.

Tabla 3

**Campos de Conocimiento relacionados con la Salud de las Poblaciones**

| <b>Campo de Conocimiento</b> | <b>Año</b> | <b>Descripción</b>   |
|------------------------------|------------|--|
| <b>Salud Pública</b>         | 1950       | Seminarios/reuniones. Grupos Académicos-OPS. Departamentos de Salud Pública. ALAESP. |

<sup>112</sup>G.Solimano, (2014)358.

|   |      |  |
|---|------|--|
| <b>Medicina Social</b>                    | 1970 | Amplia Producción Teórica de Maestrías y Doctorados. ALAMES  |
| <b>Salud Internacional</b>                | 1980 | Nuevos enfoques y redefiniciones. Publicaciones. Seminarios. Nuevos Modelos de Formación en Salud Internacional. |
| <b>Salud Global</b>                       | 2000 | Asambleas Mundiales de Salud de los Pueblos (Bangladesh, Cuenca)   |
| <b>Determinantes Sociales de la Salud</b> | 2005 | Comisión de Alto Nivel-OMS (CDSH).<br>Carta de Toronto.  |

Fuente: Maria Isabel Rodriguez, 2013

Elaboración Propia

### *-Importancia de la Salud Colectiva*

En el contexto referido, es importante hablar de la salud colectiva puesto que su rol ha sido demostrar que, las enfermedades junto con los determinantes de la salud (sociales) y ayudados de la epidemiología crítica contribuyen a procesos de intervención con mayor integralidad, así como también a la construcción de políticas en salud más certeras por estar próximas a las necesidades de la población.

La vieja epidemiología funcionalista ha constituido un instrumento de hegemonía, mientras que la epidemiología crítica, constituye una nueva expresión que se concibe como contrahegemónica, para alcanzar el estado emancipador, ya que este modelo articula la praxis histórica con los modelos de intervención, investigación y de interpretación.<sup>113</sup> Esta visión fue promulgada por el movimiento latinoamericano de medicina social, cuya corriente se expandió a los espacios científicos y académicos de la región.

El desarrollo de su análisis sobre los paradigmas epidemiológicos aplica una matriz en la cual se emplean categorías que permiten un análisis comparativo, sumado a las contribuciones de los diversos paradigmas acerca de la determinación social.<sup>114</sup>

Es importante definir a la determinación social y los determinantes sociales de la salud, por cuanto sus diferencias son de carácter ético – político y conllevan rutas divergentes con explicaciones distintas sobre la causalidad y riesgo en salud con sus

<sup>113</sup>J.Breilh, Epidemiología Crítica(2007)

<sup>114</sup>J.Breilh, Espejo Adelantado de la ciencia crítica(2016)

implicaciones esenciales en las relaciones de poder, en las concepciones éticas y finalmente en la comprensión del proceso salud enfermedad.

Para Carolina Morales Borrero investigadora del Departamento de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Colombia, corrobora lo expresado en el párrafo anterior:

“A mitad del siglo XX se configuran dos enfoques epidemiológicos entorno a la comprensión social de la salud, el primero derivado del saber epidemiológico clásico pero convertido en epidemiología social anglosajona, base del enfoque de los determinantes sociales de la salud, y el segundo ejercido como una propuesta alternativa a la epidemiología clásica y devenido en epidemiología social Latinoamericana, base del enfoque de la determinación social de la salud.”<sup>115</sup>

La determinación social de la salud, para Jaime Breilh (2013), constituye un elemento de ruptura respecto del objeto, sujeto y praxis de la epidemiología lineal y funcionalista para la construcción de una nueva salud pública (salud colectiva). Esta permite desarrollar a la epidemiología crítica, una metodología de desavenencia con el canon de la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal, frente a la incompatibilidad de un sistema económico, caracterizado por una acumulación de capitales, modelos de civilización y de relación con la naturaleza, respecto a la construcción de modos de vida saludables, soberanos, solidarios y bioseguros.<sup>116</sup>

Por lo tanto la salud colectiva busca fortalecer una línea innovadora que trabaje la antilectura de los materiales históricos, que rompan el canon médico positivista y libere a la racionalidad del eurocentrismo y unicultura.<sup>117</sup>

Frente a la dura realidad Latinoamérica en la cual existen otros factores para velar por la salud de las comunidades, los cuales desde la salud colectiva se denominan determinantes sociales de la salud, constituyen una herramienta de estudio para la prevención y promoción de la salud.

Esta perspectiva luego de una larga lucha logró posicionarse en los foros internacionales, siendo la OMS la que gestó la Comisión de Determinantes Sociales

---

<sup>115</sup>Carolina Morales Borrero, *Determinación social o determinantes sociales: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas*, Departamento de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Colombia Rev. Salud pública, (15,Nº6,797-808,(2013)

<sup>116</sup>J.Breilh, La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (epidemiología crítica Latinoamérica: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica), VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Colombia, (2013)7-45.

<sup>117</sup>J.Breilh ,Espejo Adelantado de la ciencia crítica(2016).

de la Salud en el 2005 y a posterior es la UNASUR que entra con estas definiciones para conformar una red de vigilancia en salud.

No obstante y a pesar de lo afirmado, existe una gran amenaza si no es manejada adecuadamente, ya que los procesos individuales podrían quedar por fuera, y de alguna manera generar propuestas de solución a conflictos aparentemente colectivos, pero cuyo origen parte de lo individual y no se subsanarán si no se remedia la problemática de origen, uno de los males característicos del proceso global.

A continuación explicaremos la influencia que estas han tenido en el desarrollo de la salud global latinoamericana.

#### **1.2.4. Salud Global en Latinoamericana**

La salud global Latinoamericana se consolidó en un proceso de muchos años que respondió al nuevo orden mundial como producto de un pensamiento propio; el mismo que se consolidó a partir de las investigaciones que se produjeron en referencia a la salud social y a la salud colectiva que reconocen los problemas estructurales y plantean soluciones debido a la existencia de espacios unitarios que favorecieron mecanismos conjuntos para atender las realidades compartidas, desarrollando un pensamiento médico-social.

De otra parte las economías emergentes también cumplieron su rol y aquello se expresó en la influencia que estas ejercieron sobre los países de Latinoamérica; no obstante esta cooperación Sur- Sur si bien fue importante en un primer momento, desgastaron al proceso porque al final del camino la cooperación demostró una réplica de las acciones y políticas del Norte que siempre han estado en cuestionamiento, sin embargo esta cooperación solidaria, horizontal y basada en las experiencias comunes permitió fortalecer las ayudas con visiones más cercanas a la de los países receptores.

Los principios de cooperación que atañen al Sur Global frente a la cooperación Sur- Sur presentan los mismos problemas que ya se evidenciaron en su momento en la cooperación Norte-Sur: la ayuda condicionada o conocida como ayuda atada; migración de profesionales formados a pretexto de una cooperación científico técnica con malas condiciones laborales; falta de evaluación de las intervenciones; todo esto entre otros problemas, de allí el riesgo de que la cooperación Sur-Sur sea más de lo mismo.

Para los países Latinoamericanos las políticas impuestas por el Norte significaron un gran esfuerzo, por su carencia económica y administrativa, sintiéndose obligados a recurrir a la cooperación internacional Norteamericana, con la finalidad de

lograr los compromisos establecidos en los nuevos reglamentos en el ámbito internacional.

La posible transición entre Salud Internacional a Salud Global y su influencia en la región, demanda una revisión del pensamiento médico desde la práctica médica antigua, hasta nuestros días, pues en el influjo de la salud no intervienen únicamente el abordaje a la enfermedad, sino el desarrollo de un pensamiento médico, que ha ido evolucionando con las dinámicas sociales (determinantes sociales) y económicas (globalización) en los últimos tiempos en el marco internacional, por esta razón en este apartado abordaremos los momentos más importantes desde las diferentes corrientes para llegar a la posible transición de paradigma entre Salud Internacional a Salud Global y evidenciar de qué manera la salud se transforma desde una simple práctica curativa a un proceso reflexivo, en el cuál se integran las sociedades, los colectivos y la relaciones internacionales en el desarrollo de los pueblos y la lucha contra la pobreza, esta última constituyen la meta más importante para la Cooperación Internacional para el Desarrollo.

También es posible en esta línea de análisis determinar, cómo los diversos fenómenos de la salud, afectan el comercio y cómo las diversas propuestas desde las hegemonías plantean soluciones, para evitar el perjuicio de sus ingresos y producción, con el propósito de fortalecer las políticas capitalistas, para llegar finalmente, a una evolución del pensamiento médico hegemónico, influenciado por los procesos económicos como es el caso de la globalización, construyendo en este caso una nueva manera de práctica sanitaria en el marco internacional a la que se identificó, como *salud global*, la misma que pese a tener un tinte en sus orígenes de los países del norte en el instituto OIM y gracias a la presencia de la investigación y pensamiento latinoamericano, así como la presencia de las economías emergentes tuvo un giro propio y autónomo, para llegar a los procesos epistemológicos de salud social hasta la salud colectiva, esta última categoría con plena influencia global.

Para Rodas G (2017), este momento histórico está condicionado por el desarrollo de las ideas y por las características estructuradas de las sociedades. Así la medicina internacional y la global no han aparecido de manera casual. Ni la medicina anatomo-clínica o la quirúrgica, son un hecho aislado y menos aún las concepciones privadas de la atención médica o las que dan prevalencia al rol del estado, que se apoyan en las concepciones colectivas y sociales, están presentes por cuestiones del azar. Todas estas concepciones solo demuestran la presencia del pensamiento médico

como factor inherente a las sociedades y sus transiciones expresan las variaciones de las sociedades- y de sus intereses hegemónicos- en la historia de la humanidad.

Iniciado el siglo XX el pensamiento médico y de la salud eran distintos a las ideas iniciales provenientes del capitalismo eurocéntrico. El Estado, sería la figura encargada de combatir la insalubridad, para cuidar a los grupos que debían fortalecer el desarrollo del Sistema Hegemónico. Luchar contra las enfermedades se transformó en un negocio, en manos de iniciativas privadas que respondían a una visión ideológica específica, para proteger el sistema y resguardar el desarrollo estratégico de su economía.<sup>118</sup>

Frente a estas reformas, se crearon las unidades estatales de sanidad, siendo los primeros países en realizarlo: Argentina, Brasil y Uruguay (XIX), seguidamente Bolivia, Cuba, Ecuador, Paraguay y Perú (XX).

Para Bourdieu (1977), en América Latina aparecieron otras corrientes, como la correspondiente a la investigación social, cuyas fuentes serían la economía y las teorías globales, para rescatar el papel de la acción humana confluyendo en nuevas aproximaciones teóricas y metodológicas, como nuevas propuestas de interacción.<sup>119</sup>

Debemos aclarar que los planteamientos médico-sociales, parten del marxismo, retomando nuevas categorías, que consolidarán sus bases teóricas conceptuales. Entre estas categorías se adscribe la concepción del ser humano como una especie viva con capacidad de apropiación de la naturaleza a partir del trabajo (Engels, 1974), en ese proceso, el individuo se crea y transformar a sí mismo desde la cultura y las relaciones sociales.<sup>120</sup>

En esta línea de apreciación epistemológica se han incorporado en nuestra región, por ejemplo, otras categorías generales como la denominada reproducción social (Breilh, 1987), clases y desigualdades sociales, que exploraron situaciones y grupos sociales específicos, además de la determinación y la distribución diferencial

---

<sup>118</sup>Menendez, Eduardo L.. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32. Recuperado en 08 de marzo de 2018, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185182652005000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652005000100002&lng=es&tlng=es).

<sup>119</sup>[https://books.google.com.ec/books?id=js9eKdJbyREC&pg=PA407&lpg=PA407&dq=Bourdieu+\(1977\),+en+Am%C3%A9rica+Latina&source=bl&ots=XcdE-hjrKi&sig=ZqRtv4hyAF6XgpCkRoSJ8CRDnE8&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi22qWC4N\\_ZAhVCyVMKHY\\_UBcQQ6AEIbzAI#v=onepage&q=Bourdieu%20\(1977\)%2C%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=js9eKdJbyREC&pg=PA407&lpg=PA407&dq=Bourdieu+(1977),+en+Am%C3%A9rica+Latina&source=bl&ots=XcdE-hjrKi&sig=ZqRtv4hyAF6XgpCkRoSJ8CRDnE8&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi22qWC4N_ZAhVCyVMKHY_UBcQQ6AEIbzAI#v=onepage&q=Bourdieu%20(1977)%2C%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina&f=false)

<sup>120</sup><http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20120424093754/Marx.pdf>

de la salud, la enfermedad, la muerte y la atención, como procesos colectivos, imbuidos en la cultura y las relaciones sociales (Blanco, 1991).

Por todas estas circunstancias, se puede considerar a la medicina social, como un proceso de reivindicación de la ciencia, comprometida con la transformación de las condiciones de vida y las prácticas de la salud, así como también de las alternativas de producción de conocimiento.

Para Laurell y Blanco (1975) el conjunto de problemas desde la visión natural-biológica, se amplía, cuando se incluyen los procesos de carácter social, relacionando su historia a los procesos sociales globales, por lo tanto el carácter social de la salud enfermedad permite ir más allá del simple estudio de morbilidad, es así como cambia la perspectiva a ser médico-social. Reconociendo el proceso como la síntesis de una compleja estructura de determinación, donde los procesos bio-psíquicos se subordinan a los procesos sociales (Breilh, 1991), de tal manera que lo físico y psíquico, se convierten en expresiones de fenómenos colectivos, que provienen de procesos históricos-sociales.

La salud Global Latinoamericana ha llevado a considerar que la formación y capacitación de profesionales de la salud y de otras disciplinas para el fortalecimiento de la investigación a través de Escuelas e Institutos de Salud Pública, es fundamental, los mismos que se han impuesto el reto de generar espacios académicos que permitan legitimar esta forma de pensamiento que conlleva a la salud global, dando lugar a Programas o Centros de Salud Global.

En la región latinoamericana la formación se ha focalizado de manera preferente en los efectos de la globalización que se presentan en la salud poblacional y en sus políticas, además en los sistemas de salud de los países que los dictan. Por otra parte, se privilegia el pensamiento y análisis críticos de la institucionalidad y de las estructuras de poder dominantes en la sociedad contemporánea. Otras características de los programas de enseñanza son la utilización de tecnologías de la información y la comunicación (TICS), que permiten realizar educación a distancia y por lo tanto llegar a una audiencia más amplia.<sup>121</sup>

Actualmente existen tres instituciones que cuentan con programas de Salud Global:

- INSP en México,

---

<sup>121</sup>Giorgio Solimano Leonel Valdivia, 360,, (2014)



- ESP/UCH en Chile
- FSP/UPCH en Perú
- Fundación Fiocruz en Brasil

Esta última institución cuenta con el Centro más grande, para el estudio de las Relaciones Internacionales en Salud (CRIS), cuyas acciones están dirigidas hacia las relaciones internacionales y, en mayor medida, al estudio de la cooperación Sur-Sur y la globalización como sus puntos cardinales para el desarrollo de ideas y de investigación.<sup>122</sup>

En el 2010 se constituye la ALASAG (Alianza Latinoamericana de Salud Global), una red de universidades, ocho prestigiosas instituciones latinoamericanas, cuya finalidad es fortalecer los principios de la salud global, desde la academia, la investigación y la política. Desde esta alianza, se entiende a la salud global como un bien público mundial, para alcanzar la justicia social, cuyos ejes son la ética, la equidad y el respeto por los derechos humanos. ALASAG, pretende llevar la mirada latinoamericana en las agendas internacionales para el desarrollo.

La salud global tiene una gran importancia por los diferentes ámbitos en los cuales interviene: las relaciones internacionales y la diplomacia; el comercio exterior; la regulación de la industria de medicamentos y de alimentos; la acreditación de profesionales migrantes y la transmisión inter países de enfermedades transmisibles de reciente aparición.

Los aspectos que se han enumerado demuestran la participación del modelo hegemónico un progreso en la amplitud de las acciones que se pueden ejecutar desde el marco de las relaciones internacionales en salud, una visión que permite hacer una diferencia de lo planteado anteriormente (salud internacional), por cuanto sus concepciones fueron más limitadas y dirigidas única y exclusivamente al modelo salud enfermedad y cuya dirección se realizaba, exclusivamente desde las cancillerías.

La salud global viene a ser, un paso posterior a la Salud Internacional y a la Salud Tropical, formas anteriores de un pasado de prácticas impulsadas por el Norte para desarrollar la cooperación internacional en un marco distinto al actual.

En la influencia global, se ha dividido a los países que se encuentran en el Norte como el “*Norte Global*”, mientras que aquellos países localizados en el Sur, se los denominará el “*Sur Global*”, caracterizados, estos últimos aun, por un menor

---

<sup>122</sup>Giorgio Solimanoy Leonel Valdivia, 358,, (2014),

desarrollo económico y social, receptores de AOD, así como también, de patrocinio de consultores, investigadores y estudiantes con la finalidad de compartir experiencias primarias respecto a los temas de este campo.

MacFarlane y su grupo de investigación en temas de salud pública y salud global (2008), manifiestan, en relación a lo afirmado: “La presencia de la Salud Global como un campo prioritario de docencia e investigación en las universidades norteamericanas y europeas. Prácticamente todas las escuelas de salud pública de las principales universidades estadounidenses cuentan con programas de Salud Global, teniendo, al parecer, como propósito evidente el atraer un mayor número de estudiantes tanto del país como del extranjero”.<sup>123</sup>

Por lo tanto, la formación en este nuevo paradigma se hace fundamental para que los profesionales de la salud puedan interactuar en un nuevo marco de acción, como es el de las relaciones internacionales, la diplomacia y la cooperación internacional al desarrollo como entes activos y con capacidad decisoria que apuesten por los programas propios de cada país y de la región, para que no actúen como funcionarios que exclusivamente deben realizar con tareas provenientes de instancias gubernamentales, en la elaboración de políticas y toma de decisiones basada en la evidencia, que intervengan en los programas propios del país de manera que cubran sus necesidades reales y no solo como acuerdos políticos por intereses geopolíticos entre los países de la región.

Al parecer en Iberoamérica, los profesionales, médicos familiares, responsables de la atención primaria, la atención comunitaria y hospitalaria en el nivel correspondiente, son quienes han tomado la batuta, no solamente desde la formación de pregrado y posgrado, sino en la organización y planteamientos de políticas internacionales, organizándose en Cumbres y congresos en los cuales se comparten experiencias, resultados y se construyen apoyos, para cooperación científico técnica, como manda la evidencia, serían esto médicos, el referente para la construcción de una nueva forma de hacer de la cooperación en América Latina hacia el Norte y viceversa

Hemos podido evidenciar también, la manera como el pensamiento médico y sus expresiones se han reflejado en cada momento histórico por el cual atravesaba la humanidad y su forma de construirse para adaptarse y solucionar cada uno de los retos en salud. Su influencia en nuestra región fue trascendente al extremo que modificaron

---

<sup>123</sup>Giorgio Solimanoy Leonel Valdivia, *Salud Global en las instituciones académicas latinoamericanas: hacia un desarrollo e identidad Propia*, Saúde Soc. São Paulo, (23), N°2, 359,(2014.)

las conductas de los estados en relación a la atención del conflicto salud - enfermedad, para construir una visión propia como ha sido la Salud Global Latinoamérica.

### **1.3.Desde el Alma Ata hasta la Agenda de Cooperación post-2015**

Realizaremos un breve recorrido histórico que nos permita conocer las agendas más relevantes en salud y sus contribuciones, así como los objetivos y programas que cada una de estas ha promulgado, iniciaremos con el Alma-Ata.

El Alma Ata constituye una línea de base para la agenda pos 2015, en la cual se pretende retomar los principios renovados del Alma Ata, para fortalecer los sistemas sanitarios a través de la atención primaria de salud, estrategia fortalecida actualmente desde las políticas de salud pública en los países del sur, pues persiste la deuda pendiente del acceso y cobertura universal de la atención de salud.

En este apartado hablaremos de las agendas que hemos considerado más relevantes en la transición del paradigma entre salud internacional a salud global, de su capacidad de influencia así como también de las capacidades de cumplimiento de los objetivos planteados. Veamos las agendas más relevantes:

- Objetivos de Desarrollo del Milenio
- Objetivos de Desarrollo Sostenible

Las agendas internacionales constituyen instrumentos a través de los cuales los gobiernos manifiestan su voluntad y compromiso para erradicar enfermedades o problemas de salud pública que los aquejan, ya sea al interior de sus territorios, regiones o a nivel mundial; se determinan una serie de eventos para llegar a los acuerdos o consensos con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, para ser desarrollados por los equipos de gestión, quienes ejecutarán lo establecido en los documentos suscritos.

Existen momentos históricos en el marco internacional que han sido fundamentales para ir afianzando dentro de los espacios de las mesas de negociación el tema de la salud, sea por una preocupación de la afectación del comercio -como ha ocurrido con ciertas enfermedades, como la malaria y actualmente sida, chikungunya, entre otras- así como también por temas de seguridad, permitiendo el desarrollo de la diplomacia en salud y a la configuración de un amplio contexto de salud internacional.

Todo lo afirmado no es referente al enfoque de la Salud Internacional, sino al marco de las relaciones internacionales y de la cooperación, que fueron afectadas por la ausencia de técnicos y especialistas en salud, los mismos que en más de una

oportunidad fueron remplazados por las Cancillerías en un manejo administrativo inadmisible.

Frente a los desajustes que hemos mencionado, la cooperación internacional busco soluciones; entre estas se pensó en la formación de los Institutos de Salud Pública para formación de profesionales e investigación de enfermedades de frontera (tropicales), todo esto ocurrió en los llamados países de renta baja como el Ecuador, que poco a poco han ido consolidando un conocimiento propio en salud pública y en enfermedades tropicales, dando voz actualmente a la realidad de aquellos que en su momento fueron apartados de los espacios diplomáticos, y que actualmente se encuentran en las nuevas agendas como es el caso de la post 2015.

Las agendas internacionales que responden a la visión macro del proyecto hegemónico, tienen deudas morales con las poblaciones de los países pobres: han fallado en el intento de erradicación de la pobreza; en la consolidación de la salud como un derecho fundamental y en un bien público mundial, conforme lo promulga la salud global; como un lema que asegura la participación de la población en los esquemas de gobernanza organizada; el mayor fracaso está en el intento del acceso universal a la salud.

Estas debilidades se deben a la circunstancia siguiente: Ningún sistema puede ser sostenible desde la gratuidad completa de la atención; los sistemas de aseguranza de alguna manera incrementan la desigualdad, así como también la intención de las agendas en que la atención primaria de salud, APS, sea la base de los sistemas nacionales de salud, situación que hasta el momento no se ha logrado. Por todo ello quedan retos pendientes que se repiten –como lo vamos a demostrar con la enumeración de los más importantes encuentros internacionales- y que por ello se vuelven, necesariamente en objetivos de cada una de las agendas en marcha, incluso en la post 2015.

En efecto, se han desarrollado numerosas políticas y estrategias orientadas a la elaboración de políticas públicas de salud, para forjar los sistemas sanitarios, las condiciones de vida saludables de la población y conjuntamente el desarrollo de ambientes saludables tanto a nivel laboral como de otra índoles; para ello las conferencias mundiales han tenido un rol muy importante, por ejemplo, Ottawa (1986), en la cual se proponían acciones prioritarias para mejorar la salud del individuo y de los colectivos, registrada en la carta de Ottawa, de la cual vamos a enumerar lo que se

consideró como acciones prioritarias a<sup>124</sup>: la Elaboración de políticas públicas favorables para la salud, creación de espacios, ámbitos propicios, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales, reorientación de los servicios de salud.

Otra conferencia Internacional importante corresponde a Yakarta (Indonesia, 1997) la primera que se instauró en un país en desarrollo, en ella se incorporó nuevos actores, para afrontar retos mundiales en la promoción de la salud, incluyendo al sector privado de forma activa, cuyo tema principal era: “Adaptación de la Promoción de la salud al Siglo XXI”

La pregunta que nace en este segmento de nuestra investigación es: ¿Por qué insistir en la promoción de salud, la respuesta es sencilla, en esta diálogo mundial, la evidencia demostró que las estrategias orientadas a la prevención, permitían una mejora en la salud además de la prevención de enfermedades en los países desarrollados y en vía de desarrollo, razón por la cual se renovaron los compromisos y se establecieron estrategias claves para alcanzar los objetivos propuestos, mediante la Declaración que lleva el mismo nombre como son<sup>125</sup>: Promover la responsabilidad social en materia de salud, ampliar la Capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, ampliar y consolidar la formación de alianzas en pro de la salud, aumentar la inversión en el desarrollo de la salud, asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de salud.

Otras Declaraciones, como la de México (2000), decidieron posicionar a la promoción en salud como una necesidad fundamental que debe ser incluida en las agendas políticas y de desarrollo-<sup>126</sup>

La Carta de Bangkok (2005), se propuso una alianza mundial que impulse los compromisos y las medidas a nivel local y mundial para la promoción de la salud, abordando además, los factores determinantes de la salud en el mundo global.<sup>127</sup>

La Declaración de Helsinki (Edinburgo, Escocia, 2000), propuso el enfoque de la salud en todas las políticas y se consideró que los factores externos al ámbito sanitario son los que permitirán una buena salud. Por lo tanto se infirió que una política sanitaria eficaz debe atender todos los ámbitos políticos, haciendo énfasis en las políticas sociales, fiscales, medioambientales, educación e investigación, elementos fundamentales para prevenir adecuadamente las enfermedades.<sup>128</sup>

---

<sup>124</sup> Quinta conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México(2000)

<sup>125</sup> Quinta conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México(2000)

<sup>126</sup> México(2000)

<sup>127</sup> Ibíd.

<sup>128</sup> Ibíd.

La característica de esta agenda estuvo en su intento por aproximar los postulados éticos a la nueva realidad e investigación médica. Reñida y controvertida, fue larga la revisión de su propuesta.

La declaración de Helsinki se adoptó, por vez primera, en el año 1964 con la finalidad de una autorregulación ética en los procesos de investigación con humanos, a raíz de las atrocidades realizadas en el periodo de guerra nazi. Sus acciones estuvieron dirigidas a sancionar a quienes practicaron experimentaciones poco éticas.

Años después, para cubrir las necesidades contemporáneas de la población se han realizado varios encuentros<sup>129</sup>:

Tabla 4

#### Encuentros más relevantes

*Salud para todos (2000) y APS (Alma Ata 1978)*  
*Estrategias para atención de VIH/SIDA.*  
*La atención a la salud en foros económicos mundiales G8*  
*Convergencia de intereses comerciales y sanitarios alrededor del Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Severa (2002).*  
*La diplomacia en sanitaria mundial.*  
*Declaración de los ODM (2000).*  
*El informe de Macroeconomía y salud de la OMS (2001).*  
*Naciones unidas asigna un rol muy importante, a la salud, en el marco de los DDHH, para lograr mayores objetivos (NNUU 2004).*  
*Nuevo reglamento Sanitario (2005)*  
*Renovación de la atención primaria (2005)*  
*La estrategia de Mundial y Plan de acción sobre salud pública, Innovación y Propiedad intelectual (2008) OMS.*  
*En informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales y Salud (2008)*  
*Conferencia de Copenhague sobre cambio climático (2009), y el Protocolo de Kyoto de 1998*  
*La declaración política de la conferencia de Río de Janeiro de 2011 (Acción global por la equidad y los determinantes de la salud (OMS, 2011).*

Fuente: OMS, 2017

Elaboración propia

Aparte de los mencionado anteriormente se realizaron las Asambleas Mundiales de la Salud, cuya sede se encuentra en Ginebra, órgano decisorio y superior de la OMS, el mismo que se reúne en el mes de mayo de cada año, con las delegaciones de todos los países miembros; es aquí donde se determinan las políticas y temas financieros, que la institución asumirá.<sup>130</sup>

Hasta el momento son setenta Asambleas las que se han realizado, en la última, asistieron 194 delegaciones de los Estados, se eligió al nuevo Director que permanecerá en este cargo por cinco años.

<sup>129</sup> Ibíd

<sup>130</sup> OMS(2007)

Los temas que se trataron fueron:<sup>131</sup> Traumatismos causados por el tránsito, salud de la Madre, el recién nacido, del niño y del adolescente, medicamentos esenciales, alerta y Respuesta mundial (GAR), paludismo, poliomielitis, enfermedades no Transmisibles, enfermedades no transmisibles, nutrición para la salud y el desarrollo, Resistencia a los Antibióticos, Sordera y defectos de audición

La Agenda de salud sostenible para las Américas, 2018-2030, en el Ecuador, quien llevó la presidencia para el trabajo desde el 27 de Marzo de 2017, cuya propuesta elaborada con 16 de los Estados miembros de OMS, será evaluada en Septiembre de 2017, y posterior a ello será publicada<sup>132</sup>, con todo se alinearán a los ODS.

Una de las prioridades del organismo, era alinearse con la agenda mundial en salud y conciliar la labor de las organizaciones regionales, priorizando a las enfermedades no transmisibles, establecido en los lineamientos post 2015, y los determinantes sociales, dos grandes temas en los cuales se enfocarían los esfuerzos, promoviendo la integración regional y la colaboración de las Américas,

Los acuerdos que no deseamos dejar por fuera son los de las normas y disposiciones de la OMC, los mismos que permiten a los países gestionar adecuadamente el comercio de bienes y servicios, para alcanzar sus objetivos nacionales en materia de salud.

Aun cuando en el ámbito nacional, se construyen políticas sanitarias con el interés creciente en la relación recíproca entre el comercio y la salud, sin afectarse unos y otros, la aproximación entre OMC y OMS, la responsabilidad del acuerdo entre las dos partes, reconoce “*sus relaciones comercial, económica y se comprometen a encumbrar los niveles de vida*”.

Sus intervenciones y objetivos se delimitan en los siguientes puntos: Lucha contra las enfermedades infecciosas, inocuidad de los alimentos, lucha contra el tabaquismo, medio ambiente, acceso a medicamentos, servicios de salud, seguridad alimentaria y nutrición, y nuevos elementos, como es el caso de la biotecnología,<sup>133</sup> demostrando una cooperación atractiva y creciente entre ambos organismos, fortaleciendo las agendas de salud y el comercio internacional. Esto se realiza respetando los principios básicos del comercio, a condición de que las medidas sanitarias se cumplan y se recurran a políticas públicas adecuadas.

---

<sup>131</sup> Ibíd.

<sup>132</sup> Ibíd.

<sup>133</sup> OMC-OMS, *Los acuerdos de la OMC y la salud pública, Estudio conjunto con OMS y la secretaría de la OMC*(2002)

Los principios pueden ser objeto de excepciones por consideraciones de salud pública, no obstante, las normas de la OMC dificultan la aplicación de políticas de salud pública eficaces (ejemplo: carne de vacuno con hormonas para consumo humano), en algunos casos, contradicciones propias cuándo se debe sopesar el desarrollo de capitales sobre la salud.<sup>134</sup>

Muchos de estos compromisos adquiridos en estas convenciones internacionales, se han cumplido parcialmente, en especial aquellos realizados a los países de renta baja, a pesar de la búsqueda de la equidad, del acceso universal, cobertura universal y establecer a la salud como un derecho global inalienable, siguen diferidos, por esta razón la expectativa que representa la agenda post 2015, es magna así como el enfoque de salud global, ya que la estructura internacional tiene una deuda pendiente con los Estados y los instrumentos que se van a construir, serán fundamentales para alcanzar estas metas tan buscadas por tantos años. Insistimos, desde el marco de las relaciones internacionales y la cooperación aún persisten compromisos pendientes.

### **1.3.1. Agendas más relevantes en salud, la transición de Salud Internacional a Salud Global.**

En este apartado nos referiremos a la Agenda de los ODM vs ODS, ya que desde nuestro punto de vista, los ODM son el claro reflejo de las prácticas de la Salud Internacional, mientras, los ODS, se construyen, empleando una nueva estructura internacional, aplicando los principios de la salud global.

Ambas agendas cuentan no solamente con un respaldo teórico y una serie de intereses que se encuentran detrás de estas, más allá de alcanzar un verdadero desarrollo humano o desarrollo sostenible, respectivamente, cada una representa a un modelo económico capitalista distinto, ya que los ODM estarían regidos por la estructura de NNUU y OCDE en modelo de capitalismo neoliberal, mientras los ODS, están influenciados por la estructura de los BRICS y un modelo capitalista global.

#### *-La Agenda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, fue una propuesta establecidas en septiembre del año 2000 y cuyas metas debieron cumplirse hasta el año 2015. Los países comprometidos con esta agenda fueron 191.

---

<sup>134</sup> *Ibíd.*



Los puntos fundamentales que se trataron en la agenda fueron los siguientes: lucha contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio y la discriminación contra la mujer.

Las metas de cada uno de ellos, se midieron con indicadores específicos. Estos ocho objetivos fueron: <sup>135</sup>Erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los sexos, y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, fomentar una asociación mundial para el desarrollo

De los objetivos enumerados 3 corresponden directamente a temas referentes a la salud.

Para Rafael Domínguez, profesor de la Maestría de la UASB, de RRH-CID y de la Cátedra de Cooperación de COIBA, la agenda de los ODM, fue elaborada por el CAD (donantes), ceñida en la argumentación del desarrollo humano, concepto que consolidó en las diversas cumbres del 1990 de NNUU.<sup>136</sup> Sin embargo, tras el reciclado de la teoría de Sen (1999) del “desarrollo como libertad” por el Banco Mundial, el desarrollo humano basado en la ampliación de capacidades de la agenda de los ODM se olvidó de las desigualdades y de la redistribución y tomó el concepto de sostenibilidad del Informe Brundtland, que consideraba los límites al crecimiento como un obstáculo superable por el progreso tecnológico.<sup>137</sup>

Dicho informe, se publicó en 1987, su finalidad era enfrentar y contrastar la postura de desarrollo económico junto con la sustentabilidad ambiental, para analizar, criticar y replantear las políticas de desarrollo económico globalizador, en este informe se utilizó por primera vez el término de desarrollo sostenible/sustentable, mismo que se definió como el que satisface las necesidades presentes, sin comprometer a las necesidades de las generaciones futuras. El referido informe facilitó la cooptación posterior del concepto de desarrollo humano por la corriente neoliberal.

Pese al paso de los años, vemos como la corriente neoliberal en el proceso de su globalización, se refleja en la agenda de los ODM, la misma que a pesar de todo,

---

<sup>135</sup>OMS(2017)

<sup>136</sup>Rafael Domínguez Martín, *Perspectivas de la cooperación internacional y el desarrollo sostenible después de 2015*; Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo,(1), N°. 2. (2014 ),5- 32

<sup>137</sup>R,Domínguez Martín (2014)

constituye una suerte de agenda social, que fue universalmente aceptada como norma internacional a través del aporte útil de la AOD.

Esta circunstancia hizo que conceptos como el de desarrollo humano y el sostenible, que habían nacido con una vocación alternativa, al ser usados inadecuadamente, pierdan su significación real, pues se trataba de invertir en el capital humano y seguir creciendo como condición para la sostenibilidad ambiental.

Otros conceptos, como el desarrollo participativo que en su momento se vincularon al empoderamiento de los pobres, sirvieron para promover el debilitamiento de la autoridad del Estado, favoreciendo la descentralización además de la privatización de los servicios a la población, entre ellos el de la atención de salud; todo esto se logró con el apoyo de algunos sectores como las ONG internacionales, el BM, los bancos regionales de desarrollo y la Comisión Europea que resultaron ser los financiadores adecuados para estas acciones.

Entonces, los ODM se sustentaron en la teoría del capital humano como determinante fundamental del desarrollo y factor esencial para el progreso tecnológico, alineándose con la teoría dominante del desarrollo, que, tras las críticas al Consenso de Washington de fines de los años noventa, encontró en el capital social y el entorno institucional, una prioridad a las inversiones en salud y educación, todo ello en detrimento de las infraestructuras y el fomento de los sectores productivos.<sup>138</sup>

El discurso de los ODM para su cumplimiento se fundamentó en:

- Un crecimiento económico rápido
- Una gestión eficaz
- La AOD fluyera en las cantidades comprometidas

Así los ODM fueron Objetivos de mínimos, ya que su propuesta de ampliar las capacidades sin tomar en cuenta los cambios estructurales -entre ellos la transformación de la estructura productiva- no incluía compromisos específicos para los países desarrollados y sus multinacionales. Por lo tanto esta agenda se convirtió en una agenda de donantes para países receptores

---

<sup>138</sup>Rafael Domínguez Martín; Perspectivas de la cooperación internacional y el desarrollo sostenible después de 2015; Revista Internacional de Cooperación Y Desarrollo, ( 1), N°2. (2014),5- 32

Los ODM renunciaron al modelo del derecho al desarrollo, del que se derivan obligaciones para los Estados respecto a los ciudadanos, con especial atención a la protección de los más vulnerables y a las cuestiones de igualdad vertical y horizontal.

El objetivo de reducción de la pobreza; disminuir a la mitad la proporción de los pobres y no el número de pobres (Roma de 1996) fue poco ambicioso y no tuvo en cuenta la carencia de servicios públicos que también es definitoria de la situación de pobreza ni la desigualdad dentro de los hogares, ni la extensión de la discapacidad que actúa como limitante para la conversión del ingreso en capacidades.

El ODM 2 no fue un objetivo de educación, sino de escolarización, en el que se sustituyen resultados (aprendizaje) por inputs (tasa de escolarización, que además puede estar inflada por repetidores) olvidó la alfabetización funcional (incluida la aritmética) y la comprensión lectora como indicadores del rendimiento escolar, y tampoco tomó en cuenta la educación.<sup>139</sup>

Los ODM siguieron apegados al viejo enfoque liberal de las mujeres en el desarrollo, en el objetivo tres, la equidad de género se redujo a la igualdad de acceso a la educación, pero no se transversalizó y se olvidó del empoderamiento de las mujeres, que era la precondition, para alcanzar los ODM1.

Los problemas ambientales se introdujeron de manera muy generalista y se dejó fuera la lucha contra el cambio climático, que era el núcleo duro de la agenda de desarrollo sostenible en Río 1992.

El ODM7 no incluyó ningún indicador sobre elementos infraestructurales para el desarrollo, como suministro de energía y acceso a redes de comunicación, que estaban entre las necesidades perentorias de inversión de los países en desarrollo.

Por último, el ODM8 se diseñó sin precisión en las metas referidas a comercio, inversión extranjera directa, deuda, financiación del desarrollo, acceso a nuevas tecnologías y medicamentos y no hizo referencia alguna al tema clave de las migraciones y el desarrollo, la vaguedad en la definición de las metas facilitó la elusión de los compromisos por parte de los países desarrollados y las grandes empresas, en definitiva, de los que estructuraron la agenda, su retórica de desarrollo humano dejó mucho que desear

---

<sup>139</sup>Rafael Domínguez Martín; Perspectivas de la cooperación internacional y el desarrollo sostenible después de 2015; Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo., (1), N°2. (2014). 5- 32

*-La Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*

En el mapa del desarrollo y la gobernanza internacionales hay un elemento de continuidad que es el concepto de desarrollo sostenible contenido en la “nueva” agenda de los ODS. Esta nueva hoja de ruta tiene la finalidad de incorporar las lecciones aprendidas en los procesos anteriores<sup>140</sup>. Los ODS son el producto de los cambios sufridos por el desarrollo y el resurgir de la gobernanza en el marco de las relaciones internacionales.

Esta agenda está compuesta por 17 objetivos, que son<sup>141</sup>:

Tabla 5  
**Objetivos de Desarrollo Sostenible**

| Objetivo           | Descripción  |
|--------------------|--|
| <b>Objetivo 1.</b> | Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.   |
| <b>Objetivo 2.</b> | Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.               |
| <b>Objetivo 3.</b> | Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.   |
| <b>Objetivo 4.</b> | Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. |
| <b>Objetivo 5.</b> | Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas.   |
| <b>Objetivo 6.</b> | Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.   |
| <b>Objetivo 7.</b> | Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.   |
| <b>Objetivo 8.</b> | Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.   |
| <b>Objetivo 9.</b> | Construir infraestructura resiliente, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.                 |
| <b>Objetivo10.</b> | Reducir la desigualdad en y entre los países.  |
| <b>Objetivo11.</b> | Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.                             |
| <b>Objetivo12.</b> | Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.  |

<sup>140</sup> UNICEF, 5 Diferencias entre ODM y ODS, [www.unicef.es/noticia/5-diferencias-entre-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible](http://www.unicef.es/noticia/5-diferencias-entre-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible), 2018

<sup>141</sup>Rafael Dominguez Martin; Perspectivas de la cooperación internacional y el desarrollo sostenible después de 2015; Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo, ( 1), N°2. (2014), 5- 32

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Objetivo13.</b>  | Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos*  |
| <b>Objetivo14.</b>  | Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.  |
| <b>Objetivo15.</b>  | Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, efectuar una ordenación sostenible de los bosques, luchar contra la desertificación, detener y revertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica. |
| <b>Objetivo 16.</b> | Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.  |
| <b>Objetivo17</b>   | Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.   |

Fuente: CEPAL (2018)  
Elaboración Propia

A continuación se hace un balance del concepto de desarrollo sostenible y una agenda que promulga un nuevo Orden Mundial para Vivir Bien. Se pretende que la agenda post-2015 sea más participativa y ambiciosa, su proceso arrancó en 2012, por medio de dos estructuras, una por el Secretaría General de NNUU y la otra por la Asamblea General de NNUU, vía intergubernamental, que determinó a la agenda global de desarrollo sostenible, en la Conferencia de Río+20 (2012), por los Estados participantes.

El desafío para la definición de forma definitiva de la lista final de los ODS (2015) fue ampliar la agenda de los ODM, ya que esta agenda se encontraba dominada por la narrativa de la pobreza, por lo que la nueva agenda tendría dos nuevas crónicas para su elaboración: la de la desigualdad y la de la sostenibilidad.

Para UNICEF existen cinco diferencias claras entre los ODM y los ODS, las mismas que incluimos en la siguiente tabla.

Tabla 6  
Diferencias entre ODM y ODS

| Nº | Cambio                | Descripción  |
|----|-----------------------|--|
| 1  | <b>Sostenibilidad</b> | Durante los últimos quince años ha pasado a segundo plano. El modelo actual es insostenible. Para garantizar la vida y los derechos de las personas y del planeta es necesario establecer un modelo que sea sostenible   |
| 2  | <b>Equidad</b>        | Los ODM se basaban en promedios nacionales, sin contar con la realidad de las comunidades más vulnerables y alejadas. Los ODS incluyen un enfoque con mayor número de parámetros que reflejan de mejor manera la realidad de cada zona con la finalidad de poder intervenir adecuadamente. |
| 3  | <b>Universalidad</b>  | Los ODM trabajaban las metas solo en países en desarrollo. Los ODS establecen que no se puede hablar de agenda de desarrollo si no se asume que todos los problemas están interconectados y deben ser abordados por todos los países.  |
| 4  | <b>Compromiso</b>     | A diferencia de los ODM, los ODS por primera vez comprometen a todos los países del mundo, esto implica que la Agenda 2030 debe incluirse en las políticas internas de cada uno de ellos.  |
| 5  | <b>Alcance</b>        | Frente a los ocho ODM, ahora son diecisiete ODS con 169 metas. Una agenda ambiciosa, que incluye cuestiones fundamentales como el empleo digno y el cambio climático.  |

Fuente: UNICEF (2018)<sup>142</sup>  
Elaboración Propia

Sin embargo propio del marco global internacional, nuevos actores serían responsables de su aprobación, los países en desarrollo y los BRICS<sup>143</sup>, que tienen una concepción del desarrollo centrada en el cambio estructural como fin y en la

<sup>142</sup> UNICEF, 5 Diferencias entre ODM y ODS, [www.unicef.es/noticia/5-diferencias-entre-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible](http://www.unicef.es/noticia/5-diferencias-entre-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible), 2018.

<sup>143</sup> Los BRICS se halla constituido por los siguientes países miembros: Brasil, Rusia, India, República Popular China y Sud-África. Para los fines de este trabajo se deberá considerar la importancia de la presencia de Brasil en este espacio asociativo mundial

modificación de las relaciones económicas internacionales como medio para el desarrollo.

Los BRICS en los últimos años lograron la conquista de espacios en los organismos internacionales, consolidando su influencia en la V Cumbre realizada en Durban (2013), donde alcanzaron el acuerdo para poner en marcha su propio banco de desarrollo. Esta institución supondría un cambio sistémico en el panorama de la financiación del desarrollo y en la orientación de las estrategias y las políticas para alcanzarlo. Esto es lo que llevó a impactar en la configuración final de la agenda de desarrollo post-2015.<sup>144</sup>

El contexto, pues, es propicio para una vuelta a lo básico, inversión en infraestructuras para desarrollo como cambio estructural, 17 objetivos y 169 metas, es un intento de síntesis entre la retórica del desarrollo humano (ODS 1 al 6) y el reverdecimiento de las viejas políticas y estrategias de crecimiento económico (ODS 7, 8, 9, 12, 13 y 14). Elimina todas las cuestiones sensibles que supongan cambios en las relaciones económicas internacionales (ODS 10 y 17) y repite los errores del pasado.<sup>145</sup>

Los ODS contemplan más dimensiones sociales que los ODM, dando respuesta a las necesidades, 17 retos, 169 metas para trabajar los próximos 15 años y mejorar el mundo un sueño por cumplir para el 2030

El Objetivo 3 corresponde a salud, garantizar una vida sana y promueve el bienestar para todos y todas las edades, cuya finalidad es erradicar por completo una amplia gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud, los temas a tratar son: Salud infantil, Salud Materna, VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades, se incluye el acceso universal esta vez con la protección a riesgos financieros, a servicios eficaces, accesibles y de calidad para todos, apoyar actividades de investigación y desarrollo de nuevas vacunas y medicamentos, aumentar la financiación de la salud, pero esta vez se incluye la capacitación y formación del talento humano, además de motivar la retención del personal sanitario en países en desarrollo; finalmente las alertas tempranas, la reducción de riesgo su gestión para la salud tanto nacional como internacional, son parte de las áreas que se incluyen esta nueva agenda de salud global (OMS, 2017)

---

<sup>144</sup>Rafael Dominguez Martin; (2014),5- 32

<sup>145</sup>Rafael Dominguez Martin;(2014),5- 32

Por último, en la 70ª Asamblea General de Salud, del 22 – 23 de Mayo de 2017, se estableció la necesidad de informar a los estados miembros de los avances de la Agenda 2030, y que cada dos años se los difunda a nivel mundial y regional por otra parte se hizo el compromiso para que la agenda Latinoamericana converja con los ODS, la misma que se discutiría en septiembre del 2017.

Los sistemas deben fortalecerse para atender a las diversas presiones externas y por otra parte la agenda del desarrollo post 2015 debe estar enfocada en los individuos, brindando un espacio para la sociedad civil, incluyendo a las organizaciones de derechos y de defensa a las mujeres. De esta manera hemos podido precisar que los ODM fortalecieron, en su momento, los intereses de la salud internacional, en tanto que los ODS cumplieron un rol de fortalecimiento de la Salud Global. Y lo interesante de esta propuesta es que la agenda ODS ha permitido la participación de Latinoamericana en la construcción de un proyecto que se halla en plena ejecución.

### **1.3.2. Agenda post 2015, objetivos globales vs objetivos de desarrollo Sostenible**

Hemos decidido abordar este tema, ya que al escuchar los tres conceptos siguientes: Agenda post 2015, objetivos globales y objetivos de desarrollo sostenible, se piensa en tres propuestas distintas; sin embargo los tres términos se refieren a la misma agenda, razón por la cual explicaremos como se llegó a estas denominaciones.

Tenemos claro que la salud como condición previa para el desarrollo ha recibido una considerable atención en relación a las metas alcanzadas con los ODM, por cuanto sus objetivos han sido los que más se han trabajado en todos los países. Los desafíos se han orientado hacia las enfermedades no transmisibles la cobertura universal y la inequidad.

En la nueva agenda post 2015, se realiza una comparación con la anterior, pensando en la salud como resultado del desarrollo sostenible, dónde los indicadores se van a dirigir a los cambios en la exposición a los riesgos que vulneran la salud y la sostenibilidad ambiental; por lo tanto se espera que sus efectos muestren resultados secundarios para la salud y la equidad sanitaria, hablaríamos entonces de co-beneficios, ya que las políticas de desarrollo sostenible destinadas a la emisión del efecto invernadero y el cambio ambiental, de forma indirecta previenen las consecuencias sobre los individuos y su bien estar físico y mental.



Problemáticas como las muertes maternas e infantiles requieren una prioridad en la agenda post 2015, así como será necesario dirigir la atención a los más desatendidos para reducir desigualdades.

Objetivos de Desarrollo Sostenible, conocidos también como Objetivos mundiales o Globales, serán un llamado universal a la estrategia para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todos los ciudadanos gocen de paz y prosperidad.

Los ODS son considerados una agenda inclusiva, que permitirá alcanzar un cambio en positivo en beneficio de las personas y el planeta. Son una continuidad de todas aquellas tareas pendientes que dejaron los ODM, para establecer estas metas se ejecutaron varios foros y encuentros en los cuales las nuevas metas se le fueron colocando diversos nombres hasta llegar al definitivo ODSs. El mundo se encuentra alerta para luchar conjuntamente a las nuevas amenazas, como son los desastres naturales, las enfermedades emergentes y reemergentes, el cambio climático, las enfermedades mentales, la precarización laboral que tarde o temprano pasa factura a la salud de los ciudadanos. Como queda dicho y demostrado, los Objetivos Globales u Objetivos de Desarrollo Sostenible son la misma cosa, una discrepancia en denominaciones cuándo aún no se decidía la denominación que llevaría la agenda post 2015.

Para quienes llevan la responsabilidad de hacer cumplir esta nueva agenda, pese a que ya desde hoy se dice que sus objetivos no serán posibles de alcanzar, les queda una gran responsabilidad moral y humana, pues hoy se habla de desarrollo sostenible para toda la comunidad mundial, sin excepción alguna, más allá de los indicadores. Pensamos que el reto está en que en ningún lugar de la tierra deje de existir la oportunidad de desarrollarse y beneficiarse el compromiso internacional planteado en los ODS.

Reiteramos: no estamos hablando de agendas distintas, simplemente son diferentes denominaciones, para un mismo compromiso, para lograr el desarrollo sostenible para la comunidad mundial y a su vez la influencia de la salud global en el escogimiento de estos principios para convertirlas en las metas futuras

### ***1.3.3. Recuperando valores, reivindicando derechos o volviendo la vista al pasado.***

Hemos hecho un recorrido desde el Alma Ata, a la Agenda post 2015 y definitivamente vemos una necesidad inminente en recuperar los principios establecidos en el Alama – Ata en la agenda post 2015, pues persisten las mismas

necesidades, ya que muchos países que parecen haber mejorado su economía y se dicen hoy de renta media se enfrentan a la trampa de la pobreza, dificultando el acceso a la atención de salud.

En el recorrido histórico se han sumado a la construcción de las agendas intereses políticos, económicos e incluso diría yo regionales, siempre con el ideal de alcanzar la salud para todos.

Desde los estados donantes, la cooperación es una manera de ser visualizados en el entorno internacional, ganar prestigio y al mismo tiempo geopolíticamente ubicarse en otros territorios en los cuales se pretende llevar sus formas de organización, economía y política, lo que de alguna manera enlenteció el desarrollo de los países del sur, ya que muchas de estas propuestas no estaban basadas en sus necesidades reales, no se ajustaban a sus etnias o culturas, despersonalizando a las poblaciones. Desde nuestro punto de vista este fue el mayor pecado cometido por la Salud Internacional, vender a intereses comerciales derecho a la salud y la oportunidad de tener una vida digna, en condiciones básicas.

No podemos decir que todo lo promulgado por la salud internacional ha sido negativo, pues la sola idea de varios países en brindar ayuda a aquellos con peores economías significa un acto de generosidad, que permitió que un sinnúmero de comunidades en el mundo entero puedan contar con educación, agua y saneamiento, sin embargo en aquellos tiempos donde la vida era más sencilla, esta cooperación resultaba eficaz y útil, pero no podemos olvidar los intereses que se encuentran detrás de ellas.

Hoy en cambio se hace necesario terminar con las brechas de inequidad y desigualdad de los pueblos, para construir verdaderas oportunidades de vida, para lo cual la salud es fundamental, en especial las estrategias de salud preventiva, pues las enfermedades crónicas no transmisibles cada año facturan miles, por sus complicaciones.

Propuso desde el Alma Ata a la APS, como una alternativa de solución, que promovía el acceso universal a la salud y por primera vez se proponía a la APS era considerada como puerta de entrada al sistema de salud, pero no se logró el objetivo, durante años vivió varios planeamientos, como la lucha por la cobertura universal se han ido sumando nuevos conceptos. Hoy la atención primaria en el mundo entero es la alternativa como primer escalón en la Atención en salud, se han superado varias dificultades, entonces una especialidad nace, como es la medicina de familia, por lo

tanto de ser los médicos generalistas los responsables de la APS, hoy tenemos especialistas que trabajan tanto a nivel hospitalario como a nivel primario, brindando el cuidado a las familias y a la comunidad, las brechas son grandes de profesionales, pero no imposibles de lograr.

Los principios del Alma Ata se han renovado en la Agenda Post 2015, con una mira en la sostenibilidad y en este acceso independientemente del financiamiento, se hace imposible pensar que la salud para ser sostenible sea gratuita, es aquí dónde está el mayor reto, un acceso equitativo para la salud en todo el globo, sin importar el estado financiero de quien requiera atención, esa es la deuda pendiente...y el mayor reto para la salud global.



## **Capítulo Segundo**

### **2.Geopolítica de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en la Salud Global.**

Una vez que hemos podido establecer el proceso de consolidación de la Salud Global –a partir de la transición desde la Salud Internacional- este capítulo traza las nuevas condiciones de cooperación que se han dado en el Sur Global y como en esa región los procesos integracionistas han respondido a estas nuevas realidades. En esta perspectiva será importante pasar revista a los procesos unionistas de la región y en ese marco podremos identificar los avances o retrocesos que han tenido los asuntos vinculados a la asimetría salud-enfermedad.

Claro está que en este proceso constataremos las nuevas fortalezas que se han diseñado en favor del integracionismo latinoamericano y los nuevos retos que se han fabricado a su alrededor, de allí que ponderar la situación de los desplazamientos de los profesionales en salud –particularmente desde Cuba- no solo es indispensable, sino necesario para comprender los acuerdos estatales bilaterales o interestatales que involucran a Cuba que al analizarlos, nos permiten demostrar las diferencias respecto de otro tipo de movilizaciones profesionales y que tienen el carácter de movilidad personal.

En efecto, nos encontramos frente a un rediseño de la geopolítica mundial, no es una novedad que después de la Guerra Fría el mundo cambio, y que poco a poco se ha ido centrando en lo que actualmente se denomina el mundo globalizado (multipolar), dando lugar a un cambio drástico sobre la identidad de los principales actores geopolíticos, sus estrategias de acción y coaliciones, o el agravamiento de las tensiones derivadas de las crecientes desigualdades. Nace una nueva lucha, por recursos estratégicos configurando de esta manera un nuevo mapa geopolítico a escala global.

Está claro que las Economías emergentes, proyectan una política exterior activa para tener una mayor presencia en el sistema internacional, con la finalidad de convertirse en actores relevantes y de toma de decisiones, para ello están gestionado una serie de actividades para la cooperación internacional para el desarrollo, con la finalidad de que estas coincidan con sus necesidades más apremiantes, a través de programas, proyectos y asociaciones con otros países.

Así nace la alternativa de posicionarse frente a la ayuda gestionada tradicionalmente por los países del norte, recurriendo a la modalidad de cooperación Sur-Sur, ejerciendo mayor presencia e influencia en el territorio de su predilección.

La cooperación Sur-Sur, es un conglomerado de las estrategias y proyectos políticos y sociales, basados en principios de solidaridad, integración y autonomía regional, para revertir las consecuencias de las políticas neoliberales, que pintó un contexto de desigualdades sociales, inequidades en salud, expansión de sectores excluidos de la población y en particular los sistemas y políticas de salud, fueron afectadas por el acceso inadecuado a la atención sanitaria y a los medicamentos, situaciones que hasta la actualidad no han sido posibles de superar.

No se quedan atrás los problemas transfronterizos, epidemias, migraciones, malas condiciones de vida, desastres, emergencias ambientales. Conjunto de elementos, que han generado nuevas convergencias Latinoamericanas para resolver estas crisis, a través de organismos regionales como son CAN, ALBA, MERCOSUR, UNASUR, CELAC, organismo constituidos, ya sea en los tiempos de la Salud Internacional o de la Salud Global lo que demuestra que los espacios unionistas fueron edificados como respuesta a la realidad mundial y a los conflictos, expectativas geopolíticas.

Estos organismos que han intentado construir agendas regionales, al final se han alineado a las agendas internacionales, ya sea la de los ODM, una agenda de la Salud Internacional y a la de los ODS, agenda de la Salud Global, dos agendas que reflejan la transición de paradigma entre salud internacional a salud global, cada una con orígenes distintos e intereses propios.

En este apartado se pretende demostrar lo que acabamos de precisar en líneas precedentes, además nos referimos a otro problema como el de la migración de profesionales y la creciente necesidad del fortalecimiento de la atención primaria de salud, y cómo los médicos familiares se han posicionado en el marco internacional para confluir en la lucha por el acceso y cobertura universal no solo de la atención de calidad sino también de medicamentos, además de su intervención en la construcción de políticas públicas formación y desarrollo médico iberoamericano.

## **2.1. Bloques y convergencias de las Naciones por la Salud.**

La salud ha sido un punto de encuentro entre lo biológico y lo social; entre el individuo y la comunidad; entre la política social y la economía, todo lo cual no la deja

exenta de los impactos que pudieran ocurrir cuando los estados, las potencias o los bloques internacionales sufren modificaciones a causa de los fenómenos mundiales.

Tanto la conformación de bloques económicos, políticos y militares; la división internacional del trabajo y la producción; la reconfiguración de fuerzas entre los sistemas de producción; los conflictos bélicos internacionales, entre otros, inciden directamente en las variables de cada país y en el comportamiento geopolítico de los mismos, así como en sus prácticas en materia de atención a la salud.

Los núcleos unionistas que se consolidaron para favorecer en un momento determinado de la historia a los fines comerciales, definitivamente han dado peso en su gestión a los mecanismos convergentes alrededor de los procesos de salud y por ello las agendas internacionales, ponen mayor atención a las situaciones de salud, lo cual demuestra la importancia que se da a esta realidad, a su vez denota la madurez en la comprensión de los derechos humanos, como es la salud y su rol en el marco internacional. La gran expectativa es si logra superar los intereses comerciales o se termina colocando a la salud en una balanza comercial, en busca de ganancias lejos del deseo de considerarlo en un bien público mundial.

En este texto realizaremos un recorrido breve por aquellas convergencias que han formado acciones en el ámbito de la salud de la región latinoamericana como son: CAN (1969), MERCOSUR (1991), ALBA (2004), UNASUR (2004-2008-2011), CELAC (2010), realizaremos una pequeña síntesis de cada uno para quedarnos en la UNASUR, gestor de la nueva diplomacia en salud y expresión latinoamericana de la Salud Global, que a pesar de sus problemas organizativos tiene en funcionamiento, la secretaria de salud que ha continuado con su sede en Brasil.

Explicaremos a continuación únicamente aquello relacionado a temas de salud, que implican elementos que permitan responder a la pregunta de nuestra investigación.

CAN (Comunidad Andina de Naciones) (1969): Es el organismo más antiguo de integración regional, cuya finalidad ha sido alcanzar un desarrollo integral, más equilibrado y autónomo, mediante la integración andina, sudamericana e hispanoamericana. Una de las características de este organismo es su organización e institucionalidad, que ha logrado con el paso de los años; lo cual expresa en algunos estamentos de dirección, sumado a la formación de Instituciones vinculadas a la promoción y financiamiento de actividades comerciales e incluso de preparación académica. En el campo de las Relaciones Externas, la CAN mantiene: negociaciones con el MERCOSUR.

La ZLC tiene una característica que la hace única en América Latina, todos sus productos de su universo arancelario están liberados.

En temas de salud recientes, la CAN ha intervenido en temas como:

Seguridad, la salud y el medio ambiente, enfrentar de forma cooperativa y coordinada las amenazas a la seguridad, los recursos naturales, al medio ambiente y a la salud humana. Reforzar los controles y la vigilancia respecto a la importación, exportación, transporte, comercialización de minerales producto del trabajo ilegal, así como de maquinarias, equipos, insumos e hidrocarburos utilizados en esta actividad, sin sus correspondientes autorizaciones mineras y ambientales. Además, ha expresado el firme compromiso de las autoridades de apoyar en el desarrollo económico y el bienestar de los habitantes de la CAN, con asentamiento en las zonas de desarrollo minero.<sup>146</sup>

Posteriormente a los intereses comerciales, fueron provocándose en la CAN debates que se profundizaron en el periodo de la globalización, en relación a otros asuntos, como la salud, llevando a este espacio integrador a intervenir en temas sanitarios. Los objetivos de la CAN respecto a temas de salud –junto con otras preocupaciones de los países miembros- dejaron en claro un matiz de interés de la salud como una fórmula de control adicional para lograr que las economías regionales no se fracturen por la presencia de la enfermedad.<sup>147</sup>

Este hecho –que va de las manos con los afanes comerciales- tuvo un punto de inflexión cuando se abordó el problema de la salud-enfermedad mediante una mirada distante a lo que inferimos en esta líneas, puesto que el convenio Hipólito Unánue fue concebido como un mecanismo para atender la situación de salud bajo parámetros de preocupación particular que no solamente respondieron a los intereses de proteger “el capital humano laboral” sino de cuidar a las poblaciones frente a los conflictos de la enfermedad.

Por ello un salto cualitativo de la CAN en materia de salud es justo reconocerlo y se evidencia en los afanes del Convenio Hipólito Unanue que además se preocupó en relación a la situación de los prestadores de servicio de la salud.

De este modo, la Secretaría General de la Comunidad Andina y el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) firmaron un Memorando de Entendimiento que contribuyó a garantizar el acceso a los servicios de

<sup>146</sup><http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/economia/8/la-can-privilegia-la-seguridad-la-salud-y-el-medio-ambiente>, 04 Junio 2012 00:00

<sup>147</sup><http://www.comunidadandina.org/Prensa.aspx?id=3733&accion=detalle&cat=NP>



salud en los países de la subregión andina.<sup>148</sup> Coordinando esfuerzos en temas de interés común que incorporaron un componente social, en particular aquellos que debían beneficiar a la salud de la población andina migrante, como la armonización del Registro Sanitario de Medicamentos a nivel andino y la articulación y coordinación para la prevención de desastres. También se puso interés en la posible homologación de títulos profesionales en el área de salud, y se trabajó en la identificación y gestión conjunta de socios estratégicos de la cooperación internacional para el desarrollo de sus trabajos. (CAN 2016).

El convenio Hipólito Unanue, ha dedicado sus mejores esfuerzos a abordar temas referentes a promoción y protección de la Salud, para lo cual se ha desarrollado una serie de políticas puntuales referentes a<sup>149</sup>: Lucha contra el Tabaquismo, Salud Intercultural, VIH/SIDA, Salud de los Trabajadores, Embarazo Adolescente, Determinantes Sociales, Erradicación Desnutrición. Desde la Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental, tenemos: Vigilancia Epidemiológica, Emergencias y Desastres, Salud Ambiental / Agua, Red Institutos Salud Público y por último las Políticas de Medicamentos, Tecnologías en Salud y Tecnologías en Salud, Educación y Gestión.

Todas estas áreas han sido orientadas de una o de otra manera para alcanzar la integración sanitaria; y debemos enfatizar que todas y cada una de ellas estuvieron alineadas en su momento a las agendas de salud internacional. Siendo la CAN el organismo más antiguo, ha sido el más dinámico, con mayor adaptabilidad a las circunstancias actuales, lo afirmamos, ya que hoy su preocupación por el ambiente, las necesidades innovadoras en salud como es la salud global, la salud laboral y la lucha por la equidad, lo convierte en uno de los organismos que ha logrado adaptarse a los momentos cambiantes de la región y favorecer la transición hacia las líneas de Salud, demostrando que es uno de los más completos incluso en su capacidad de producción, investigación y formación médica a través de las diversas sedes de las Universidades Andina.

Por todos los antecedentes señalados, la línea de Cooperación Regional en la Comunidad Andina ha seguido un proceso ascendente tanto en términos financieros como en la definición de sus políticas de funcionamiento. De un proceso inicial centrado en el apoyo a la institucionalidad de la Secretaría General, pasando

<sup>148</sup> <http://www.comunidadandina.org/Prensa.aspx?id=3733&accion=detalle&cat=NP>

<sup>149</sup> <http://www.comunidadandina.org/Prensa.aspx?id=3733&accion=detalle&cat=NP>

por otro de complementación de políticas nacionales, se vive ahora un momento de concreción de acciones de cooperación para el desarrollo regional.

La instancia responsable de coordinar estos procesos es el Comité Andino de Titulares de Organismos de Cooperación Internacional de la Comunidad Andina (CATOCI); los convenios se realizan de manera horizontal, con organismo bilaterales y multilaterales, todo ello en la perspectiva de generar programas regionales compartidos, de acciones conjuntas y solidarias a partir de las iniciativas nacionales recogidas en las políticas y planes de desarrollo de cada Estado.

Es importante recalcar que la CAN y al MERCOSUR, mantienen un acuerdo entre ambos organismos, que desarrollaron bajo el título de "libre comercio", que en realidad son tres Acuerdos diferentes de Complementación Económica (ACE), unidos bajo una declaración política de "asociación regional" a la que también se busca dotar de contenido político, con la promocionada Unión Sudamericana de Naciones, que incorporaría acuerdos energéticos y de integración física entre los 10 países del subcontinente.

Esta fórmula de convergencia entre la CAN y el MERCOSUR que como queda dicho da atención especial a los factores económicos y a los recurrentes espacios de la comercialización, han dejado de lado, y aquello es menester señalar en este trabajo, a los eslabones de integración de la salud que pudieron alcanzar un espacio fundamental de acción en beneficio de la colectividad de América del Sur. Si bien lo señalado se constituye en una constatación negativa, también se convierte en una perspectiva o reto de mediano plazo que deben impulsar por separado la CAN y el MERCOSUR a fin de lograr, luego, una simbiosis que responda a los momentos emergentes de hoy.<sup>150</sup>

MERCOSUR (Mercado Común del Sur) (1991): *Se delimita como un proceso abierto y dinámico, cuyo objetivo principal desde su creación ha sido propiciar un espacio común que generara oportunidades comerciales y de inversiones a través de la integración competitiva de las economías nacionales al mercado internacional.*<sup>151</sup>

Entre los compromisos de salud que ha asumido el MERCOSUR, podemos enumerar los siguientes:<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup>A. Adranzén , Convergencia CAN-MERCOSUR, UASB,2014.

<sup>151</sup><http://www.mercosur.int/innovaportal/v/3862/2/innova.front/en-pocas-palabras>

<sup>152</sup><http://www.mercosur.int/innovaportal/file/5817/1/declaracion-final-de-la-16-cumbre-social-del-mercosur.pdf>

Los Estados Miembros y Asociados del Mercosur ejecutarán estrategias de complementariedad productiva que incluyan la transferencia tecnológica para el desarrollo de industrias farmacéuticas, insumos y equipos médicos, a través de la creación y/o fortalecimiento de empresas públicas en la Región, con visión humanista y no mercantilista, con especial énfasis en la producción de medicamentos antiretrovirales<sup>153</sup>, para evitar que los capitales financieros que controlan seguros (industria farmacéutica) biotecnología, el llamado Complejo Médico industrial, que encarecen al sistema de salud, produciendo procesos inflacionarios en la región, dando lugar a que los pueblos pierdan el acceso al derecho fundamental de la salud. Cita?

Implementación de 60 Normas hasta finales del 1996, por parte de la Comisión de Productos para la Salud aprobadas como Resoluciones MERCOSUR por el Grupo Mercado Común. Además del desarrollo de los siguientes temas a través de los Núcleos de Articulación”: Sistema de Información y Comunicación en Salud; Salud de Fronteras; Atención Médica y uso Racional de la Tecnología; Cooperación Internacional en Salud.<sup>154</sup> (2001)

Resalto entre los aspectos importantes del MERCOSUR, el observatorio de Talento Humano en Salud y el Sistema de Registro de los mismos, contiene su libre movilidad, en los territorios de los países que lo conforman, para el ejercicio de las profesiones sanitarias.

ALBA (Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América) (2004): En el marco de una cooperación integradora promovida desde algunos países que se han definido como patrocinadores de corrientes ideológicas de las izquierdas.<sup>155</sup>

Nació como contrapartida del ALCA<sup>156</sup>, como un proceso contrahegemónico<sup>157</sup>. Se fundamenta en aprovechar las ventajas de cooperación, entre diferentes naciones asociadas para compensar las asimetrías, a través de fondos de convergencia estructural, para resolver las deficiencias propias de los países miembros. Entre los proyectos de cooperación impulsados por Cuba se encuentran: La salud y la educación.

---

<sup>153</sup><http://www.mercosur.int/innovaportal/file/5817/1/declaracion-final-de-la-16-cumbre-social-del-mercosur.pdf>

<sup>154</sup><http://crics5.bvsalud.org/E/grupos/grupo1/Fraga.pdf>

<sup>155</sup> Daniel Benzi, ALBA-TCP, Anatomía de la Integración que no fue, 1ª.ed.Gráfica, San Martín,, Buenos Aires, 2017, 25

<sup>156</sup> Daniel Benzi, 2017, 24

<sup>157</sup> Daniel Benzi, 2017 30

En el ámbito de la salud la cooperación, se ha realizado a través de las “*misiones*”, mecanismo mediante el cual los países, particularmente Cuba, envían cooperantes profesionales, para que cumplan la actividad asignada.<sup>158</sup>

En el caso Cuba- Venezuela, el primero envió fue de 30.000 profesionales para resolver las deficiencias en atención en salud, a cambio Venezuela entregaría petróleo a Cuba por estos servicios prestados.<sup>159</sup>

En la XII Cumbre (Guayaquil, 2015), se suscribe el tratado comercio de los pueblos (TCP), para el tratado Constitutivo del Centro Regulador de Medicamentos, una propuesta política de medicamentos para fortalecer su compromiso por salvaguardar la salud pública de los países que conforman la Alianza.

Según MSP (2017), de esta manera se procuró garantizar el abastecimiento y el acceso oportuno a los medicamentos esenciales, para lograr que sean: seguros, de calidad y eficaces.<sup>160</sup>

El mismo que entregaría un registro “*Granacional*” a medicamentos esenciales y vigilancia en el cumplimiento de las normas de buenas prácticas de manufactura, distribución, almacenamiento, importación, exportación, análisis de laboratorio pre y post registro, cuya duración sería de cinco años.<sup>161</sup>

Todas estas acciones se realizarían bajo los principios de solidaridad complementariedad, justicia, cooperación y reciprocidad de los países participantes. Con ello se busca salvaguardar la salud pública por los próximos 25 años que duraría el acuerdo.

El ALBA, como espacio de integración regional, todavía sigue siendo un ámbito de aglutinamiento de algunos países que tienen una orientación cercana a lo que se conoce como el *socialismo del siglo XXI* y que más allá de ciertas declaraciones no han logrado establecer una institucionalidad y funcionamiento permanente y de cooperación más allá del envío de misiones médicas particularmente a Venezuela, Ecuador, Bolivia.

UNASUR (Unión de Naciones Suramericana) (2004-2008-2011): Ha abordado áreas como la Determinación Social de la Salud que, es una de las tres categorías centrales para una epidemiología crítica, considerada como una herramienta de

---

<sup>158</sup> Ibíd.

<sup>159</sup> Ibíd.

<sup>160</sup> [www.msp.gob.ec](http://www.msp.gob.ec)

<sup>161</sup> [www.msp.gob.ec](http://www.msp.gob.ec)

ruptura, a través de la cual se comprende el fenómeno salud-enfermedad, desde otros componentes históricos y macrosociales, a través de los cuales, se permite desarrollar una visión distinta de la salud pública tradicional, cuya finalidad es mejorar las condiciones de vida de la población y las inequidades que sufren los colectivos.<sup>162</sup>

Desde la UNASUR, se realiza además, investigación desde sus Institutos Nacionales de Salud Pública, como una red de vigilancia y respuesta de los Estados miembros. Estas se instituyeron con la finalidad de instaurar indicadores de factores de riesgo, morbilidad y mortalidad regional, además de la creación de un Sistema de Monitoreo y Evaluación (M&E), cuya herramienta es la determinación Social de la Salud. El objetivo es monitorear los fenómenos de salud que aquejan a la región, para realizar programas de intervención y prevención adecuados.<sup>163</sup>

Otras áreas que aborda este organismo son los Sistemas Universales y Economía Política de la Salud, definidos como prioridades de UNASUR, órgano responsable de formular recomendaciones relativas a la planificación, gestión, ejecución y evaluación de los programas desarrollados por el ISAGS.

Respecto del UNASUR, y en relación a la problemática que desarrollamos en este trabajo, debemos señalar que cuenta con varios consejos como son: Consejo Suramericano de Salud (CSS), conocido también como UNASUR Salud. Consejo Energético; de Defensa; de Desarrollo Social; de Educación, Cultura, Ciencia, Tecnología e Innovación; de Infraestructura y Planeamiento; con un Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas; de Economía y Finanzas; y un Consejo Electoral.

CSS, dedica su interés a las siguientes áreas<sup>164</sup>: Red de Vigilancia y Respuesta en Salud, Desarrollo de Sistemas de Salud Universales, Promoción de la Salud y Acción Sobre los Determinantes Sociales, Acceso Universal a Medicamentos, Desarrollo de Gestión de Recursos Humanos.

La Formación de Sistemas de Salud Universales en los países de Suramérica, se ha formulado a partir de reconocer el derecho intrínseco de los ciudadanos al acceso a la salud y al abordaje inclusivo; la meta es mejorar los niveles de equidad y el acceso a sistemas de salud universales e integrales y crear e implementar un mecanismo de monitoreo y evaluación de esos sistemas, así como la democratización de los mismos.

---

<sup>162</sup>Brehil, J (2003).

<sup>163</sup>Rosenberg, F (2015).

<sup>164</sup>[www.unasur.gob](http://www.unasur.gob)

El fortalecimiento de la promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales con el objetivo de reducir inequidades en cada uno de los países miembros, mediante la generación de información, articulación intersectorial y la participación comunitaria en la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas públicas de salud, es otra de las áreas de acción en las cuales se encuentra involucrado la CSS.

De otro lado, en el marco de las políticas referidas, el desarrollo de estrategias y planes de trabajo que mejoren el acceso a medicamentos, buscando elaborar una política suramericana de acceso universal, para promover la producción y utilización de genéricos, es una tarea que ha venido siendo afianzada desde la UNASUR a través del CSS.

Entre otros de los objetivos de UNASUR, se pretende que los sectores involucrados propicien un sistema armonizado de vigilancia y control de medicamentos para promover el acceso a fármacos seguros, eficaces y de calidad; así como la creación de una política de precios que favorezca el acceso a los mismos y la reducción de barreras al acceso que surgen de la existencia de derechos de propiedad intelectual y de las barreras originadas por la falta de incentivo a la innovación y desarrollo de medicinas.

Por último el fortalecimiento de la conducción, formulación, implementación y gestión de los Recursos Humanos en salud, es una iniciativa para crear políticas sustentables de Recursos Humanos en los países miembros atendiendo a las áreas técnicas de la Agenda de Salud de las Américas. Se plantea, en este contexto, elaborar un mapeo de más información sobre el proceso de desarrollo de personal, lo que incluye el tema de la migración de personal calificado y su impacto en los sistemas de salud de la región, y la capacitación permanente de las redes de instituciones estructurantes en las áreas prioritarias de la Agenda de Salud de la UNASUR.

Todo lo señalado nos demuestra que la UNASUR implica una innovadora estructura institucional que lidera programas, recursos y políticas para mejorar el acceso a la salud en la región, mediante una nueva "diplomacia regional", por su posición frente a actores internacionales, una nueva mirada crítica y de reflexión política, para entender las oportunidades que ofrece la UNASUR como agente redistributivo en la región y como actor en el contexto de la nueva diplomacia global.

CELAC (Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños) (2010): *Ha* puesto mucho interés, entre otras cosas, en lo concerniente a la seguridad en el manejo del paciente, en la formación de auditores para la salud mediante sistemas de

capacitación y de acreditación especializados, a través de su Centro de Certificación Latinoamericano, lo cual revela la preocupación por temas de salud atinentes al enfermo e interés por la capacitación de determinados recursos humanos con normas pedagógicas y orientado hacia las normas ISO.<sup>165</sup>

Entre los temas contemporáneos que el organismo ha tratado está el abordaje del ZIKA, así como la intervención en temas de drogas.

### ***2.1.1. La salud desde la integración: Todavía un reto.***

Latinoamericana no atraviesa por su mejor momento en la integración. La fragmentación de la región explica en parte lo que ocurre en relación al unionismo pero no es la única causa. El exceso en una unión mercantilista y la falta de liderazgo son elementos que influyen de forma considerable en este fenómeno. Así como son determinantes para las falencias integracionistas la todavía disímil percepción de los sectores sociales en relación al unionismo y a su rol -el de la sociedad civil- frente a la integración.

En efecto, los sectores sociales –con la excepción de los núcleos empresariales y comerciales- toda vía miran al unionismo como un fenómenos propio del comercio. No lo comprenden, en su magnitud, como una realidad del siglo XXI que da cuenta de la migración constante, que debe preocuparse de los factores educativos y de la salud regional como un hecho cotidiano que involucra a todas las comunidades sociales. Es decir la integración mirada como un factor consustancial a la colectividad todavía es una distancia que debe ser superada por la sociedad y, desde luego, por los poderes.

Simultáneamente, el exceso de presidencialismo, acompañado de la llamada diplomacia presidencial, ha elevado el protagonismo de los mandatarios en detrimento de reglas e instituciones, pero también del papel de técnicos y asesores así como del rol de las comunidades. Adicionalmente, debe agregarse que existe una falta de armonía en el proceso al que hemos denominado, como el de la cohabitación de la Comunidad Andina (CAN) y Mercosur dentro de UNASUR, asunto que deviene de intereses estratégicos diferentes y de visiones distintas debido a la circunstancia de que la Integración atraviesa el interés mediático de los gobiernos de turno y no el interés de los Estados.

La integración, en contraposición a todo lo afirmado, debería ser una poderosa herramienta para mejorar considerablemente la posición de América Latina y de los

---

<sup>165</sup><http://www.celac.co/pre-auditoria-especializada.htm>

países que la integran en el mundo globalizado. Pero para que esto ocurra deberían resolverse previamente algunas de las contradicciones en las prioridades de la integración y cooperación regional en América Latina actualmente existentes.

En el mundo de hoy el papel futuro de ciertos actores extra regionales es determinante. A los tradicionales intereses, EEUU y la UE, hay que añadir, fundamentalmente los intereses de China, cuyo engarzamiento en las políticas globales y en las de la región han comenzado a dar un vuelco a las determinaciones de la integración y a los objetivos de ella.

En efecto una de las grandes discusiones sobre el futuro de América Latina y su inserción internacional pasa por determinar el papel que China y otros mercados emergentes jugarán en el futuro y la relación que la región debe mantener con sus mercados tradicionales. Sobre todo es necesario tener muy presentes los intereses nacionales, mucho más que las afinidades políticas entre los gobiernos, buscando un incremento de las relaciones bilaterales y de la cooperación regional.

En el caso de avanzar en la integración regional, un objetivo deseable, es el referente a que los países latinoamericanos deben afrontar una serie de reformas que faciliten la convergencia de sus instituciones y sus economías, reformas que al mismo tiempo permitan salir de la trampa de renta media a la que parecen condenados. Pero para ello es necesario clarificar los objetivos, aclarar las metas y sus tiempos y abandonar la retórica que suele acompañar al proceso, aunque no la política, sin la cual es imposible avanzar.

A pesar de que el Tratado Constitutivo de UNASUR (2008) señala que uno de sus objetivos centrales es afirmar la identidad regional como “un factor dinámico en las relaciones internacionales”. A veces parece que la integración regional es más un proceso de afirmación identitaria que de puesta en valor de intereses convergentes.<sup>166</sup>

Si hubiera que definir el estado actual de la integración latinoamericana habría que decir que atraviesa una fase difícil. Hoy, más que nunca, América Latina es una región fragmentada. No dividida en dos bloques antagónicos, sino separada en múltiples trozos, difícilmente coordinables entre sí.

Es llamativa la superabundancia de esquemas de integración regional en América Latina, junto a la imposibilidad de una cooperación eficiente entre ellos. Se

---

<sup>166</sup> Carlos Malamud, *Integración y cooperación regional en América Latina: diagnóstico y propuestas*, Documento de trabajo, Real Instituto, EL CANO, 15/2015 - 26/10/2015



asiste a una permanente huida hacia adelante, en la cual las nuevas instancias no resuelven la situación de sus predecesoras.

Podría pensarse que Mercosur tiende a consolidarse como la estructura económica y comercial de UNASUR, y la cohabitación de Mercosur y CAN en su entorno.

Desde principios del siglo XXI el proceso de integración, que hasta entonces giraba en torno al comercio y la economía, se desplazó hacia la concertación política. La postura de algunos gobiernos regionales sobre el libre comercio y el ALCA (Área de Libre Comercio de las Américas) llevó a crear el ALBA (inicialmente Alternativa Bolivariana de las Américas) y a la firma por Cuba, Venezuela y Bolivia del Tratado de Comercio de los Pueblos (TCP).

La política no puede estar al margen de ningún proceso de este tipo, la politización excesiva de la integración latinoamericana, favorecida por el peso de los regímenes presidencialistas y la llamada “diplomacia presidencial”, contagió a algunas instituciones como Mercosur. La creación de UNASUR y la CELAC como instancias de pura concertación política.<sup>167</sup>

La situación actual en la región hace más difícil que en el pasado concertar a la mayoría de los países sobre determinadas cuestiones de la agenda internacional o en votaciones en organismos supranacionales, como la ONU y la OEA.

Para la CAF (2013), la idea de la “Década de América Latina”, cuestionada por el desempeño de los tres últimos años y las duras proyecciones para los próximos, se apoyaba en la existencia de un mundo dominado por los BRICS y otros países emergentes, “en este ‘mundo feliz’ liderado por las economías emergentes, América Latina tendría casi ‘garantizado’ su tránsito hacia el desarrollo”.<sup>168</sup>

No obstante todo lo afirmado corresponde al periodo de la globalización por ello los sectores que han mejorado en los últimos años son los de la energía eléctrica y comunicaciones, los puertos y aeropuertos, mientras que los sistemas de potabilización y distribución de agua, saneamiento, carreteras y ferrocarril siguen siendo las áreas más débiles, en torno a las cuales hay que reforzar la gestión.

Se afirma que las grandes avances logrados en la última década por UNASUR y la CELAC son obra de los “gobiernos progresistas” de la región, ésta es precisamente

---

<sup>167</sup> Carlos Malamud, *Integración y cooperación regional en América Latina: diagnóstico y propuestas*, Documento de trabajo, Real Instituto, EL CANO, 15/2015 - 26/10/2015

<sup>168</sup> CAF, Informe (2013)

una de las grandes debilidades del proceso, no porque se trate de gobiernos de un determinado signo político sino por la idea de uniformidad que esta postura implica. El surgimiento de la Alianza del Pacífico ha agitado el panorama de la integración regional, han servido no sólo para volver a plantear el objeto de la integración, su presencia ha provocado reacciones adversas en el ALBA y el Mercosur.<sup>169</sup>

Hay que hacer notar que la Integración latinoamericana es más dinámica en el sector salud, hoy representa un conglomerado de proyectos que no solo aborda temas políticos, articulados alrededor de nuevos objetivos y prácticas, basados en solidaridad y autonomía.

Para ello se están reformulando los contornos de la política regional, más allá de los tradicionales objetivos de mercado, nueva configuración político-institucional del regionalismo sudamericano responde a un nuevo consenso regional, que sostiene que las condiciones más apropiadas para afrontar muchos de los actuales problemas sociales se consiguen a escala regional.

El área de la salud es un ejemplo paradigmático que persigue ampliar la cooperación regional en materia de políticas públicas, (re) distribuir recursos materiales y humanos, y consolidar posiciones comunes en las negociaciones en foros internacionales, para mejorar el acceso a medicamentos y el derecho a la salud. Existe una larga trayectoria de cooperación internacional que desde la década del noventa ha proliferado en forma de donaciones, cooperación técnica, financiamiento y ayuda internacional, por medio de organizaciones no gubernamentales internacionales e instituciones multilaterales de crédito, en el marco del sistema de Naciones Unidas y todas estas necesidades han sido planteadas en el marco de la contrapuesta hegemónica del capital lo que demostró que en América Latina hay una conciencia crítica que busca construir su propio camino.

Los procesos de integración y convergencias de América Latina entonces buscan resolver las mismas necesidades repetidas una y mil veces, entre los lineamientos y de sus políticas de acción, el proceso global por ejemplo ha permitido que al menos en el ámbito de la salud los diálogos sean apremiantes.

---

<sup>169</sup> Cesar Montaña Galarza, Señales Políticas y Jurídicas para la Integración Económica de Sudamérica: Casos de la Comunidad Andina y el Mercosur, Ciencias Jurídicas Revista de la Selección Académica de Ciencias Jurídicas de la Casa de la Cultura Ecuatoriana Benjamín Carrión, N°8, Época II, noviembre de 2017, 19, 25-26

Problemas de igual naturaleza han comenzado a definir la necesidad de una interrelación entre los pueblos para superar problemas estructurales y sin subordinaciones.

Solo la cooperación adecuada entre los Estados, puede resolver la crisis de salud en los diversos aspectos que hemos comentado, en este texto y solo una convergencia real y solidaria podría permitir un desarrollo equitativo de la salud en las Américas, esperemos que estas necesidades emergentes lleven a los países a priorizarlas y a eliminar los interés comerciales, sobre el desarrollo social de la región.

### **2.1.2. Migración e Intercambio de profesionales de la salud: Una realidad Global que vive nuestra región.**

El proceso global ha provocado, movilización del capital humano, en busca de mejores condiciones de vida, además de una competencia profesional que ya no es solo in situ, sino global, conduciendo a los profesionales desplazarse por el territorio mundial para desarrollar sus carreras.

En el ámbito de la salud no podía ser la excepción, la salud global ha reforzado el intercambio profesional, no solo por la serie de convenios entre países para cooptar profesionales preparados y suplir sus necesidades de falta de médicos, enfermeras y técnicos en salud, un ejemplo claro ha sido la salida de médicos para el examen MIR español, con la posibilidad de hacer una especialidad en territorio ibérico, oportunidad carente en muchos de nuestros países por la falta de plazas en estas formaciones.

Otra forma obligada de migración ha sido la circunstancia provocada por la cooperación científico-técnica, a través de convenios, de acuerdos supranacionales, como ocurre con el tema de las Misiones Cubanas, que han provocado tanta controversia, pero sin embargo han cumplido con objetivos importantes.

La migración de los profesionales de la salud es un fenómeno multifactorial, debido a que estos traslados de profesionales se dan por varios factores, entre ellos tenemos: Alianzas entre países, mejorar sus situación económica y lograr un desarrollo profesional.

La mayor consecuencia de estos movimientos migratorios de profesionales de la salud es que la capacidad de muchos países desde dónde se migra, dejan de contar con suficientes recursos humanos para atender la salud de sus poblaciones, asunto que se profundiza en el periodo de la globalización. Migrar es un derecho fundamental que debe ser protegido, por lo tanto entre las soluciones no puede ni se debe pensar en frenar o dificultar la capacidad de este derecho, sino que, los Estados tienen la

obligación de incidir en las causas migratorias para evitar cualquier fenómeno negativo. Es decir deben actuar sobre los factores estructurales.

Los actores de la salud manifiestan que la mejor forma de enfrentar esta problemática migratoria es la planificación de RHS, planificación que no solamente deben referirse a la vida de ciertas instituciones de contratación, sino al conjunto de instituciones del estado, para cuyo efecto, se hace necesario que se involucren los centros formativos de la región, pues son ellos quienes convierten a una persona en profesional de la salud, con rasgos propios, experticias adecuadas y preparados, incluso, frente a problemáticas no solo profesionales sino ante las contingencias que deriven de la problemática migratoria.

Un factor limitante, para la planificación de talento humano y la migración, es la falta de registro de los profesionales, un problema muy extendido tanto en la región europea como latinoamericana, lo cual dificulta solventar las necesidades para la atención sanitaria y para el cumplimiento de los programas en las zonas más distantes.

Puesto que nos enfrentamos a un fenómeno multicausal, las soluciones tienen que ser múltiples, pero sobre todo tienen que ser capaces de resolver el problema de la desertización de los sistemas de salud de países pobres sin limitar el derecho de movilidad de las personas. Las soluciones no pueden frenar o poner trabas a las migraciones, sino que tienen que incidir en sus causas y sobre todo en sus efectos negativos<sup>170</sup>

La contratación de profesionales sanitarios, sobre todo de la medicina, no ha tenido en cuenta las recomendaciones de la OMS, lo que ha traído importantes conflictos. Razón por la cual, el proceso de diálogo político es imprescindible para construir agendas consensuadas para el abordaje global del fenómeno de las migraciones. Este dialogo, puede y debe ser gestionado y analizado para la obtención de lecciones aprendidas.

Existe el Código de prácticas mundiales de contratación internacional de personal de salud de la OMS, que en poco o en nada se ha cumplido. Según su artículo 10.1, todos los Estados miembros deben presentar los resultados obtenidos en materia de contratación, pasados los dos años de haberse suscrito al mismo, en el cual evaluarán los aciertos y las dificultades encontradas en su aplicación.<sup>171</sup>

---

<sup>170</sup> <http://intergruposalud.es/wp-content/uploads/2013/12/Migraci%C3%B3n-del-personal-de-salud.pdf>

<sup>171</sup> Código de prácticas mundiales de la OMS, sobre contratación internacional de personal de salud. 63º Asamblea Mundial de Salud, 21 de Mayo de 2010, 1-9.

Otro instrumento es la Declaración de Colonia del Sacramento de los Ministros de Salud de Iberoamérica, que significó una inflexión en el curso de los acontecimientos relacionados con migración de RRHH de salud. Este documento se constituyó en el marco político que debía dar cuenta de las diferentes acciones que se lleven adelante en este tema a fin de establecer, concomitantemente el compromiso político de los gobiernos de una región a fin de tomar medidas concretas para abordar el fenómeno migratorio de los profesionales de la salud.<sup>172</sup>

Otro de los elementos por los cuales migran los profesionales de salud, son los convenios de cooperación, no solo a prestar servicios para cubrir necesidades, sino también como cooperación científico técnica. Daría la impresión que estos convenios permitirían con cierta seguridad mejores condiciones de vida para los profesionales, sin embargo para los médicos in situ, se genera una precarización del trabajo y competencia que a veces pueden ser desleales.

Quizás el fenómeno más notorio de migración por cooperación, son las misiones dirigidas desde Cuba a varios países Latinoamericanos. Se dice que este intercambio científico técnico se realiza directamente desde las cancillerías, en el caso de la República Bolivariana y Cuba, este intercambio de profesionales cubanos, fue completamente gratuito, el proyecto se llamó “*Barrio Adentro*”. Venezuela debía entregar a la Isla bienes y servicios (crudo y derivados del petróleo), para alcanzar el desarrollo económico y social a cambio del personal médico en su país.<sup>173</sup>

En el caso ecuatoriano, desde nuestro punto de vista, esta realidad constituyó ayuda atada, sin una valoración previa de la necesidad ecuatoriana, sin embargo debo destacar que las dos misiones, la Misión solidaria Manuela Espejo y la Misión Joaquín Gallegos Lara, permitieron el registro nacional de discapacitados y su atención integral.

La presencia cubana cambió y favoreció los indicadores de salud del país. Sin embargo los opositores a este proceso, las consideraron una forma de explotación brutal de las fuerzas laborales del sector de la salud cubano.

Entonces queda claro que la migración de profesionales de la salud se ha incrementado, no solamente por voluntad propia, sino porque los mismos estados la promueven desde países en vías de desarrollo con la finalidad de que los médicos

---

<sup>172</sup> Enrique Soto, Alarico Rodríguez, Ricardo Acuña, Migración de Profesionales de la Salud, (II), 190.

<sup>173</sup> Benzi D(2017)

logren especializarse, adquieran experiencias y destrezas a fin de que en sus países puedan solventar las necesidades de salud y desde luego puedan insertarse en el mercado laboral con mayores aptitudes.

En el esquema de las migraciones no se puede dejar de lado aquellas que responde a los procesos de cooperación científico técnica que en su mayoría son formativos y para prestar atención de salud. Es evidente que esta última genera controversia y dificultades tanto para los profesionales del país receptor como para los profesionales que migran, porque las condiciones se vuelven adversas, por cuanto las formaciones académicas no son similares entre unos y otros dando lugar a mayores diferencias.

Un factor importante a analizar son las formas en cómo se realizan estos convenios de cooperación, que involucran procesos migratorios de profesionales, puesto que desde las cancillerías simplemente se visualiza el interés político y económico, más no la necesidad técnica de cada país, este es el resultado cuando se procede sin evaluaciones adecuadas, tienen lugar errores que a veces pueden fomentar la migración de profesionales no preparados a la realidad del país receptor de la ayuda, a crecenta la diferencias entre profesionales.

La realidad descrita que demuestra una arista propia de la globalización nos lleva a pensar que es necesario procesos formativos en la Salud global, con la finalidad de que los profesionales de salud puedan intervenir en las instancias de las Relaciones Internacionales y de la Cooperación Internacional para el Desarrollo, con la finalidad de que su conocimiento en salud pueda ser tratado adecuadamente en las mesas de negociación y en lo concerniente a la firma de instrumentos diplomáticos. De esta manera la ayuda solidaria entre países y especialmente entre los países del Sur, sería más efectiva, no solo en la ejecución de estrategias sino en el intercambio científico técnico.

### ***2.1.3. Cuba el Gold Estándar de la APS y la internacionalización de sus misiones.***

Los indicadores cubanos muestran un modelo acertado en la atención y gestión de la APS, además de su participación en el marco internacional activo. Por otra parte sus políticas y estrategias en salud se han mantenido pese a la transición de la salud internacional a la salud global que ha hecho las esferas oficiales cubanas; es más, podemos decir que la Salud Global le ha permitido ampliar las fronteras de su cooperación en políticas sociales.

Pese a que Cuba frente a otros proveedores de cooperación en la región no se encuentra entre los primeros lugares, sus misiones han generado importantes efectos en nuestra región y, al mismo tiempo, grandes controversias.

Para comprender todo lo anterior es menester que revisemos como opera el sistema de las misiones cubanas y de qué manera ellas influenciaron en la región. En efecto, la Isla se ha vuelto tan importante en términos de salud, ya que sus políticas y estrategias han redimensionado y desarrollado un modelo de atención y vigilancia que responde a las necesidades sociales y económicas, permitiendo que su sistema sanitario, trabaje de acuerdo con los cambios del patrón epidemiológico y las transformaciones operadas en las condiciones de salud de la población.

La vigilancia en la atención primaria de salud se ha ido desarrollando en este territorio y sus resultados tienen un impacto decisivo en la mejoría de la gestión y de los indicadores de salud a todos los niveles.

Sus resultados dependen del desempeño en el primer nivel de atención en el cual tienen lugar las principales incidencias relacionadas con el individuo, la familia y la comunidad; es el primer contacto con el sistema de salud y el primer escalón en el proceso de atención de la población.

Cuba constituye el mejor ejemplo de colaboración en el exterior. La concepción internacionalista es uno de los principios de su política, elemento presente de forma permanente, desde hace más de cuatro décadas en la historia de la revolución cubana; se la ha considerado como la solución a los problemas más acuciantes que viven hoy muchos países del mundo puesto que el discurso cubano planteaba, que solo se podían solucionar los problemas incluidos los de salud, a través de la ayuda e intercambio solidario y desinteresado entre países, logrando aliviar así, la difícil situación social que vivían.

La primera intervención internacional, realizada por el Gobierno Cubano se realizó, en Argelia, cuando el primer mandatario de dicho país solicitó la ayuda al Comandante Castro (1963), en el campo de la salud, quién en el acto inaugural del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Vitoria de Girón", anunció públicamente su decisión de enviar la primera Brigada Médica Cubana, afirmando:

...Y por eso nosotros, conversando hoy con los estudiantes, les planteábamos que hacen falta 50 médicos voluntarios para ir a Argelia, a ayudar a los argelinos.

Y estamos seguros de que esos voluntarios no faltarán. ¡Cincuenta nada más! Estamos seguros que se van a ofrecer más, como expresión del espíritu de solidaridad de nuestro

pueblo con un pueblo amigo que está, peor que nosotros...  
 ...Claro hoy podemos mandar 50, dentro de 8 o 10 años no se sabe cuántos, y a nuestros pueblos hermanos podremos darle ayuda; porque cada año que pase tendremos más médicos, y cada año que pase más estudiantes ingresarán en la Escuela de Medicina; porque la Revolución tiene derecho a recoger lo que siembra y tiene derecho a recoger los frutos que ha sembrado...Salió el ejército de batas blancas a cumplir su misión...(CASTRO,F;1963)<sup>174</sup>

Cincuenta y cuatro años han transcurrido, en el largo camino de la cooperación internacional brindada por este país, en el cual la ayuda y la colaboración ha aumentado ostensiblemente, ganando experiencia y “*calidad*” en la atención.

Las exigencias internacionales han obligado a que esta se diversifique en la mayoría de los campos de la salud y sobre todo en el área docente, donde paulatinamente se ha acrecentado el número de facultades médicas en el exterior a las que se brinda apoyo, así como el número de estudiantes extranjeros en Cuba.

Es evidente que la crisis sin precedentes de recursos humanos en salud que vive el mundo actual y que empeora de alguna manera la realidad social y sanitaria de los países pobres, lo que hace que tan importante la transferencia de personal sanitario por parte de la Isla.

Se cree que 40 millones de puestos de trabajo se crearán para el 2030 para suplir las necesidades de la atención, habíamos comentado ya en apartados anteriores, que esta se acrecentará por la migración de profesionales de salud.<sup>175</sup>

Para enfrentar este fenómeno, Cuba ha contribuido en la formación de recursos humanos especializados en misiones internacionales perfeccionándose por medio de iniciativas renovadoras en el campo de la formación de las ciencias médicas como son: *La Escuela Latinoamericana de Medicina (1999)*, *el Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos (2006)*, *las Facultades Médicas en el exterior con profesores cubanos*, *Nuevo Programa de Formación de Medicina en el exterior con el apoyo de las Brigadas Médicas*.<sup>176</sup>

---

<sup>174</sup>NestorMarimón Torres y Evelyn Martínez Cruz (2009). Globalización, salud y solidaridad: una visión diferente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1) Recuperado en 02 de octubre de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000100014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100014&lng=es&tlng=es).

<sup>175</sup>OMS(2017)

<sup>176</sup> OMS,2017



Es oportuno hacer una síntesis de las acciones concretas del aporte cubano de cooperación científico-técnica, realizada por sus profesionales de la salud; hablamos de 126 321 colaboradores que aproximadamente han brindado su ayuda en 104 países, de varios continentes (África, América, Europa, Asia, Medio Oriente y Oceanía).<sup>177</sup>

En el exterior, al momento existen 38000 profesionales cubanos distribuidos en 67 países, para brindar su colaboración asistencial y docente.

Son diversas las situaciones de ayuda solidaria en salud, que brinda, como son los desastres naturales, dicha ayuda se realiza incluso si Cuba no mantiene relaciones diplomáticas con el país que se encuentre en crisis o en emergencia. Por ejemplo, en 1998, ante la devastadora destrucción que ocasionaron los huracanes George y Mitch en el Caribe y Centroamérica, comenzó lo que los cubanos llaman el Programa Integral de Salud, que se extendió a 32 países de América Latina, África, Asia y el Pacífico,<sup>178</sup> estos fenómenos climáticos, condujeron a estructurar el Contingente Internacional para Situaciones de Desastres y Grandes Epidemias "Henry Reeve" (2005), conformado por 10 mil profesionales, médicos, enfermeras y técnicos de la salud.

“El alcance solidario de la ayuda cubana no tiene precedentes en la historia de la humanidad, constituye un ejemplo de cómo se puede globalizar los valores positivos y los avances científico-técnicos en el campo de la salud, la llegada de los profesionales a zonas y comunidades desprovistas de servicios que nunca habían contado con un médico, la aceptación y reconocimiento de estos pueblos a la atención que reciben, ya hablan por sí solos y constituyen un gran logro”.<sup>179</sup>

Si a eso se une los resultados concretos y públicos que hablan a favor del beneficio de la calidad de vida de las poblaciones atendidas, son aspectos que requieren de un análisis más profundo por parte de la comunidad internacional.

Las Brigadas Médicas Cubanas han retomado y relanzado los preceptos de Alma-Ata en todos estos países, ya que el 80 % del trabajo que se realiza es en el nivel primario de atención y ha sido el éxito de la labor desarrollada.

---

<sup>177</sup>OMS(2017)

<sup>178</sup> Ejercicio de las Batas Blancas, 2014 <http://www.lavozdelsandinismo.com>. Consultado en 2014.

<sup>179</sup> Nestor Marimón Torres y Evelyn Martínez Cruz (2009). Globalización, salud y solidaridad: una visión diferente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1) Recuperado en 02 de octubre de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000100014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100014&lng=es&tlng=es).

La colaboración docente con el entrenamiento, capacitación y formación de recursos humanos es otra de las premisas del trabajo que contribuye a garantizar la sostenibilidad de estos logros, además de que por otro lado, es la única forma de que los países resuelvan la crisis que presentan actualmente, no se trata solamente de la cooperación bilateral entre Cuba y un país en cuestión, existen otros ejemplos que hablan de colaboración tripartita, tal como el Programa Sur-Sur, que surge como acuerdo de los jefes de estado de Nigeria, Libia y Cuba en la Cumbre Sur-Sur del G 77 en La Habana (2000), como una alternativa de cooperación en el campo de la salud entre los países del Hemisferio Sur.

Queda demostrando que el efecto global ha motivado procesos de integración equitativos y solidarios que han sumado la voluntad política y las expectativas futuras lo que hace posible accionar y modificar de forma sustancial los determinantes que influyen en el estado de salud de las poblaciones en las que la Isla ha brindado su ayuda, con la finalidad de superar las crisis que afectan al mundo globalizado, la misma que se ha denominado como la "crisis de la salud pública."

Globalizar la solidaridad, aplicar nuevas formas de colaboración entre los países en desarrollo y difundir las experiencias exitosas, contribuyen a la prevención, control y en muchos casos a la erradicación de las principales afecciones que encabezan el cuadro de morbilidad y mortalidad de estos países.

Por todo lo anteriormente descrito, Cuba, constituye el Gold estándar de la APS, tanto nacional como internacionalmente, demostrando que las misiones solidarias, son el principal producto científico técnico de exportación y del cual recibe importantes ingresos, sin dejar de mencionar el posicionamiento político que le ha dado a la Isla, que desde nuestro punto de vista es lo que le permitió superar en parte al bloqueo norteamericano y actualmente, estos acuerdos de cooperación latinoamericanos, entre otros han contribuido al ingreso económico y de recursos necesarios para que este país siga su marcha.

Cuba ha sido de los pocos países con el suficiente dinamismo para adaptarse a las condiciones políticas, económicas y sociales, de modelos diversos propuestos en el marco internacional, resistiendo a la globalización y participando tanto del enfoque de salud internacional como pionero de la ayuda y en la salud global, como promotor de la ayuda solidaria para compensar las carencias de los países del sur.

Finalmente, la cooperación Cubana, será un ejemplo de ayuda solidaria que el mundo nunca podrá olvidar....

## 2.2. La C.S.S. y su papel en la salud global Latinoamericana

### 2.2.1. Nuevos Actores en la salud global

Al presentarse la crisis económica en los países de la OCDE, muchos de sus aportes a la AOD disminuyeron, generando a su vez una problemática en el desarrollo de la ayuda, mientras que los países receptores tuvieron que buscar otras alternativas de ayuda para el desarrollo.

La presencia de nuevos actores como financiadores del desarrollo (BRICS), así como la posibilidad de intercambio de bienes y servicios por cooperación científico técnica, permitió en la etapa de la salud global el resurgir de la Cooperación Sur-Sur.

En este apartado, entonces, explicaremos como la CSS, en especial de los países latinoamericanos, ha servido para gestionar procesos importantes en salud, basados en principios de solidaridad, de asociación horizontal y de desafíos similares.

El agravamiento de las asimetrías Norte-Sur, así como también Sur-Sur, ha llevado a que en muchos casos el espacio para las iniciativas de cooperación para el desarrollo fuera ocupado por el de la asistencia humanitaria. Al tiempo que se observa la expansión de la demanda de cooperación, se corre el riesgo de un creciente vaciamiento de sus atributos como instrumento de transformaciones estructurales, que sea capaz de movilizar cambios efectivos en las condiciones sociales y político-institucionales de los países receptores.

No fue menor el impacto que el fin del orden bipolar y el acelerado proceso de globalización tuvieron en lo que respecta a la ayuda para el desarrollo. Frente a las evidencias de nuevos y graves desequilibrios Norte-Sur, se observó un nuevo impulso de la comunidad de donantes y de los organismos multilaterales con diferentes propósitos y direccionamientos. Los países de la OCDE expresaron individual y colectivamente la intención de perfeccionar instrumentos y mejorar resultados, al tiempo que se consensuaron nuevos compromisos globales que contaron con el aval del sistema de Naciones Unidas y de la Unión Europea.<sup>180</sup>

El Sur, por su parte, también afinó sus demandas y diversificó el tipo de participación y contribución de sus países mejor posicionados mediante la promoción de una cooperación inter-pares y solidaria; esta cooperación triangular, fue

---

<sup>180</sup> GT-CSS, *La CSS en el contexto de la ayuda*, (2010).

inicialmente generada por la asociación de un donante tradicional con un país de renta media, a favor de un país de menor desarrollo.<sup>181</sup>

Otra opción de cooperación ha sido la asociación de dos países de renta media a favor de un país en menor desarrollo, todo esto según la región. Esta asociación permite iniciar la vinculación desde experiencias de los actores involucrados, es decir desde un donante tradicional, un país de desarrollo medio y un beneficiario igual o de menor desarrollo, basadas en el interés y beneficio mutuos, sustentados, adicionalmente, en las prioridades definidas por el socio beneficiario.<sup>182</sup>

Nótese como en esta relación no hay países donantes y receptores de ayudas, lo que se establece es una relación horizontal, similar y de mutuo acuerdo, por ello se habla de socios, asunto que es de enorme trascendencia en la relación Sur-Sur, configurando una particular relación que no puede ser desdeñada en este análisis.

Los socios, pues, comparten la percepción de que el aprendizaje y el intercambio de conocimiento Sur- Sur, es una herramienta potente para evaluar los retos del desarrollo y generar mecanismos para hacerles frente, ya que las habilidades y soluciones que proponen los países en desarrollo pueden ser altamente relevantes para sus socios y pares.

Esta percepción corresponde a una realidad vibrante y alentadora. Los países en desarrollo se están convirtiendo en contribuyentes e impulsores de desarrollo, en especial del desarrollo de capacidades.

El Programa de Acción de Accra<sup>183</sup>, que favorece las iniciativas de la ayuda desde la perspectiva de la eficacia, alienta a todos los actores del desarrollo, incluyendo a los proveedores de cooperación Sur-Sur, para que construyan asociaciones más eficaces e incluyentes para el desarrollo.

El marco conceptual enfocado al trabajo de la Cooperación Sur- Sur se basó en las tres dinámicas propuestas en Accra que son<sup>184</sup>:

- Adaptar a los principios de la eficacia de la Ayuda a la cooperación Sur-Sur.

---

<sup>181</sup> IUDC-UCM, *La cooperación Sur-Sur en la Gobernanza del Desarrollo: Nuevas Configuraciones de la Arquitectura de la Ayuda*, (2013), 6-8.

<sup>182</sup> IUDC-UCM, 2013

<sup>183</sup> Documento resultante del Tercer Foro de Alto Nivel sobre la eficacia de la ayuda y que fue trabajado en Ghana (2008).

<sup>184</sup> GT-CSS, *Cooperación Sur-Sur en la eficacia de la ayuda*, 11. <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/46080702.pdf>

- Enriquecer a la agenda de la eficacia de la ayuda mediante las prácticas y experiencias de la cooperación Sur- Sur.
- Identificar complementariedades, entre la cooperación Sur-Sur y Norte-Sur.

Compartir prácticas y experiencias sobre cooperación Sur-Sur y eficacia de la ayuda es una prioridad clave para muchos países en desarrollo y permite a estos países contribuir con experiencias desde adentro. En materia de salud un comportamiento como el sugerido en Ghana se vuelve fundamental a la hora de ser oportunos y de atender necesidades fundamentales de las poblaciones.

Las redes regionales son un factor esencial de éxito para la generación de perspectivas desde el Sur.

Las acciones y evidencias lideradas por el Sur deberían ser insumo en el diseño de políticas globales de nuevo tipo para el desarrollo, por cuanto el aprendizaje es crucial en la actual agenda para el desarrollo y requiere de una arquitectura apropiada, para enfrentar al mundo global y con ello cumplir con las expectativas propuestas por la salud global.

No es un mito que la cooperación internacional fuese considerada una herramienta política y estratégica en algunos países a través de la cual se difundía conceptos sobre lo que debía ser la economía de los países receptores.

Cinco principios de la declaración de París <sup>185</sup>se pueden adaptar a la cooperación Sur-Sur: apropiación, alineación, armonización, gestión por resultados y responsabilidad mutua. El valor de estos principios enumerados constituye una referencia para las prácticas de cooperación Sur- Sur. La comunidad global del desarrollo reconoce que esta modalidad de cooperación puede tener un inmenso valor en la lucha contra la pobreza y para alcanzar los objetivos propuestos en las agendas.

Las experiencias de cooperación Sur- Sur frente a la asociación horizontal y los enfoques regionales para la solución de problemas del desarrollo, están generando caminos interesantes, incluso entre ambas formas de cooperación.

Algunas cifras de la CSS publicadas por el Informe de Cooperación Iberoamericana (2016)<sup>186</sup> son necesarias consignarlas para un análisis complementario de lo señalado: para el año 2014 se desarrollaron en la región de Sur América y el Caribe, 552 proyectos. De estos 333 fueron CSS Bilaterales.

---

<sup>185</sup> GT-CSS, 14

<sup>186</sup> <http://segib.org/wp-content/uploads/informeCSS-ES-20161.pdf>, consultado Agosto 2017.

Como oferentes para estos proyectos lideran la lista Argentina con 135 proyectos (24,5%), Brasil con 130 proyectos (23,6%) y México con 86 proyectos (15,6%), otros países como Venezuela como oferente de la ayuda tiene un porcentaje de cero, Ecuador 11 proyectos (2%), y finalmente Cuba 30 proyectos (5,4%).

Como receptores para el mismo año, los primeros en la lista son: El salvador con 88 proyectos (15,9%), Bolivia 66 proyectos (12%) y Costa Rica con 38 proyectos (6,9%). Ecuador, 33 proyectos (6%), Cuba, 30 proyectos (5,4), Argentina 28 (5,1%), Brasil 11 (2%), Venezuela 1 (0,2%).

El total de iniciativas de la CCS triangular, dio lugar a una tasa de crecimiento del 27%, multiplicando por nueve la tasa desde el 2006 al 2014; esta iniciativas de las que hablamos respondieron a objetivos de cooperación económica (40%), Social (30%), Educación (14%) y en salud apenas un porcentaje menor (5%), todo lo demás estuvo dirigida a cultura, género y modelos de desarrollo. Como vemos la prioridad siempre tenderá a fortalecer la estructura económica a propósito del interés global de vigorizar las economías para el consumo.

Por todo lo anterior se hace importante evaluar la eficacia de la CSS, en relación a sus rasgos esenciales: impacto sostenibilidad y coherencia operativa con la horizontalidad, el consenso y la equidad.

El intercambio de experiencias y aprendizajes Sur-Sur no solamente está dirigido a impulsar las capacidades nacionales para conducir la ayuda y el desarrollo, sino que pueden llegar a influenciar la calidad de esta apropiación; la historia de casos de la CSS comprueba que es una modalidad vibrante en áreas como los valores democráticos y la gobernabilidad, ya que la apropiación subnacional se beneficia del intercambio de enseñanzas y experiencias.

Hay tres lecciones que quedan por analizar, que son : si la actividad fue impulsada desde el ámbito político de alto nivel es probable que el compromiso sea de difícil traducción a la implementación real; que los proveedores tienden a enfocarse en su apropiación de los programas de desarrollo y a no finalizar en el liderazgo de los receptores y, por último, insertar el intercambio de experiencias y conocimientos Sur-Sur, en los procesos de planeación nacional parece ser la manera más prometedora para asegurar que las actividades de pequeña escala responden a las necesidades nacionales.

Las lecciones aprendidas en la cooperación Norte- Sur para situaciones en las que los socios en Sur- Sur no comparten el mismo nivel de desarrollo, pero que sin

embargo han aprendido los procesos de la cooperación Norte- Sur y en algunos casos las han reproducido, sin bien es cierto no siempre en la cooperación Sur-Sur el elemento es el financiero, el intercambio de bienes o servicios por capital humano o cooperación científico técnica, lleva a ayuda atada y a consumo de elementos económicos del donante.

Además, los países del sur han iniciado una competencia por ser visualizados en el marco internacional a manera de postura crítica gracias a estas acciones, buscan ser partícipes de la toma de decisiones.

Frente a este escenario América Latina y el Caribe se enfrentan a importantes desafíos, dos de los cuales, la institucionalidad y la política, estructuradas ambas de mejor manera, permitirían que esta región se posicione de mejor forma para el mundo globalizado y daría lugar a una cooperación de mejor calidad y más eficiente.

Vistas así las cosas, como ya queda afirmado en párrafos precedentes, lo fundamental es señalar que la Cooperación Sur-Sur ha sido beneficiosa en el campo de la salud, por las convergencias de países similares, la construcción de políticas e innovación en los procesos de gestión, pero si miramos en el contexto de las prioridades de atención, resulta que el porcentaje de acciones destinados al ámbito de la salud es mínimo en relación al económico

### **2.3. Ecuador del drama a la anécdota en sus intentos de liderazgo**

El Ecuador en cambio ha sido un país netamente receptor de ayuda y poco oferente de la misma, sin embargo ha sufrido un cambio estructural en esta materia, cambio en el cual el Estado ha recuperado su posición de autoridad y ha fortalecido su institucionalidad; por otra parte la estructura de la cooperación se modificó, generando una Secretaría que estableció controles sobre los capitales de la ayuda. Esta ha sido una forma evidente de intentar adscribirse a la salud global.

Nuestra apreciación es que el Ecuador es parte de las naciones que surgió con la salud global para ser visualizado en el marco internacional y considerado en las mesas de dialogo por sus nuevas prácticas. Si bien se dice que todas las economías emergentes son asiáticas –lo cual no es cierto- Ecuador decidió seguir los pasos del Tigre Asiático ( Corea del Sur), el mismo que realizo recomendaciones para establecer las prioridades en políticas de industrialización y promoción de exportaciones.

Las sugerencias de Corea del Sur se concretaron en 14 áreas estratégicas en las cuales se debían trabajar para concretar el mencionado cambio estructural, desgraciadamente no se pudo cumplir en un ciento por ciento con la expectativa

propuesta, por esta razón el denominado Jaguar tuvo un camino lento e impreciso para alcanzar el desarrollo.

En temas de salud, se intentó una reforma importante con la renovación de políticas, el reconocimiento de la medicina familiar como especialidad y a la APS como puerta de ingreso para el acceso a la salud del usuario. El Ecuador al final de todas estas circunstancias se alineó a las agendas internacionales y formó parte en mayor medida de la salud global, que es la que ha desarrollado de mejor forma, por su participación activa en los foros internacionales y en las mesas de negociación.

### **2.3.1. Salud Global y la propuesta Ecuatoriana.**

Ecuador como “nuevo líder” en la cooperación internacional para el desarrollo

El Ecuador como muchos países Latinoamericanos, por mucho tiempo estuvo bajo las corrientes de Salud Internacional, sus actividades estaban regidas por las agendas de Naciones Unidas y el financiamiento de sus programas lo realizaba a través de cooperación bilateral, y sobre las necesidades impuestas por las agendas internacionales.

Sus convenios eran elaborados por cancillería y poca era la participación desde el Ministerio de Salud Pública, pese a tener su dirección de Salud Internacional, eran los funcionarios de cancillería y el ministro en turno quien representaba en las mesas de negociación y encuentros internacionales.

El Ecuador no quedó exento a las influencias de la cooperación, tanto de organizaciones no gubernamentales, como de Estados de la OCDE, quienes realizaban propuestas desde una visión eurocéntrica, planteando proyectos según lo que ellos pensaban que necesitábamos, más no ajustado a la realidad de la población. No queremos hacer de menos a las propuestas de saneamiento, agua segura o manejo de enfermedades infecciosas, pues nos referimos a procesos de infraestructura en comunidades, donde las prioridades eran otras.

Este tipo de situaciones, llevó a que se generen los institutos de salud pública, al notarse la necesidad de formar profesionales salubristas, que pudieran empoderarse de los procesos de construcción de políticas públicas en salud, así como de adecuados procesos de gestión, que permitan fortalecer los sistemas nacionales de salud, especialmente los latinoamericanos.

Destacaremos al Instituto de Salud Pública (ISP) de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), que fue creado el 17 de Julio de 1998 mediante el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Instituto de Medicina Tropical



(IMT) de Amberes (Bélgica) y la Universidad, dónde se han formado una importante gama de profesionales, que son los que actualmente han contribuido al cambio estructural actual PUCE (2017)<sup>187</sup>.

No es novedad que el Ecuador es uno de los países del sur del continente que ha sufrido un cambio estructural en materia de las relaciones internacionales y de la cooperación, pues se ha fortalecido la institucionalidad del Estado y se ha recuperado el rol de Autoridad en el ámbito de la salud.

Dentro de los cambios fundamentales, el Estado creó su propia agenda a la que denominó Plan del Buen Vivir, un instrumento del Gobierno Nacional para articular las políticas públicas con la gestión y la inversión para quienes era imprescindible impulsar nuevos modos de producir, consumir, organizar la vida y convivir.

### **2.3.2 Objetivos del Buen Vivir**

La agenda gubernamental está dividida en los siguientes periodos 2007-2009 (Desarrollo Humano Sustentable), 2009-2013 (Desarrollo de la matriz productiva), 2013-2017 (Desarrollo Sostenible). A continuación se enumeran los objetivos dirigidos a la salud, los mismos que se encuentran en concordancia con las agendas internacionales. Estos son<sup>188</sup>: 2007-2009: Objetivo 2 y 3, Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía. 2009-2013: Objetivo 3, Mejorar la calidad de vida de la población. 2013-2017: Objetivo 3, Mejorar la calidad de vida de la población por edad. Para el gobierno ecuatoriano, el desarrollo tiene un concepto dominante que se encuentra en crisis, no solamente por la perspectiva colonialista desde donde se construyó, sino además por los resultados que ha generado en el mundo.

La presente crisis global de múltiples dimensiones demuestra la imposibilidad de mantener la ruta actual: extractivista y devastadora para el sur, con relaciones de desigualdad y de poder, por el comercio entre norte y sur.

Sin embargo y pese al discurso ideológico el Ecuador se alinea a las agendas internacionales, lo que se puede observar en su agenda interna, sin embargo los altos niveles de corrupción, la infraestructura barata y una planificación basada en el derroche, pone en riesgo la salud en el futuro de nuestro territorio, de allí la importancia de que el Ecuador logre una representación internacional adecuada que le permita

---

<sup>187</sup> [www.puce.edu.ec/isp/content/es/Nosotros](http://www.puce.edu.ec/isp/content/es/Nosotros)

<sup>188</sup> [www.buenvivir.gob.ec](http://www.buenvivir.gob.ec)

financiar la salud para todos y a su vez continúe con su presencia en los espacios internacionales de salud, para alcanzar las metas ambiciosas que se ha propuesto..

### **2.3.3 Arquitectura de RRH y la CID del Estado Ecuatoriano**

Entrando en el tema que nos interesa, en noviembre de 2007, el Ecuador genera su propio sistema de cooperación Internacional con la finalidad de construir una política pública que gestione de forma planificada este ámbito, construyendo así su propia Agenda Nacional de Cooperación Internacional que orienta las prioridades y líneas de trabajo que en esta materia se han definido hasta el 2017.

Cabe destacar que los gobiernos autónomos realizan también actividades de <sup>189</sup>cooperación basados en sus agendas internas para cada circunscripción.

La SETECI, tuvo la función de reorganizar el sistema de cooperación, verificar el ingreso de ayuda económica a instituciones no gubernamentales y regularizar estos proyectos, lo que llevó a que varias de estas se marchen del país o cierren sus puertas por no estar de acuerdo con la injerencia del Estado en estos procesos.<sup>190</sup>

A lo que se consideró como procesos de modernización y descentralización que promovidos por el gobierno. A nivel nacional se creó un sistema que agrupaba a los principales actores de la CID y que emulaba una arquitectura local de cooperación.

El Sistema Ecuatoriano de Cooperación Internacional (SECI) estuvo integrado por el Ministerio de Relaciones Exteriores, los ministerios de Coordinación, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, las fuentes de cooperación internacional bilateral y multilateral, las organizaciones no gubernamentales internacionales con presencia en el Ecuador, las instituciones sectoriales nacionales, los gobiernos provinciales, municipales, parroquiales rurales, y otros actores que contaban con recursos de financiamiento no reembolsable.

Para su gestión, el SECI conformó un Consejo de Cooperación Internacional (COCI), que estuvo encargado de la rectoría del SECI. Entre las funciones de COCI estuvo: la aprobación de la política pública de Cooperación Internacional (CI), supervisar la implementación de estrategias, planes e instrumentos para la gestión de la CI, entre otras cosas. SETECI fue la institución ejecutiva del sistema.

---

<sup>189</sup><https://cooperacionecuador.wordpress.com/seteci/>,2013

<sup>190</sup><https://cooperacionecuador.wordpress.com/seteci/>,2013

De un universo de 53 países de los cuales se ha registrado información; España, UE, EEUU, Corea del Sur, Sistema ONU y Alemania concentraron el 67% del total de recursos de cooperación. (SETECI, 2013)

Una importante relación del país con los seis socios indicados, dio lugar a una cooperación de diversa naturaleza, que se caracterizó por una escasa inserción estratégica con nuevos países donantes.

El 44,1% provino de fuente Bilateral; 33,7% Multilateral; 18,6% ONG; 2,5% Descentralizada y un 1,1% de actores multidonantes (SETECI, 2013).

Un 25% de los recursos se consignaron a medio ambiente a través de 766 intervenciones. Un segundo lugar ocupó el desarrollo productivo con una proporción de participación del 21%, en este sector se registraron 777 intervenciones.

El sector de desarrollo social ocupó el tercer lugar con 19%, reportándose en este caso 819 intervenciones y en menor medida los fondos destinados a los sectores de educación y salud concentraron el 12 y 10 por ciento, respectivamente.

A través de esta estructura el Ecuador hizo un análisis de sus necesidades y de sus posibles donantes y procedió a realizar los convenios necesarios, guiados en el cambio de la matriz productiva y el desarrollo humano.

Posteriormente, una vez cumplidos sus fines, a través de un Decreto Ejecutivo, el Presidente de la República, Rafael Correa, ordenó la reorganización del Sistema de Cooperación Internacional. Entre esas medidas suprimió la Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (SETECI) y encomendó la rectoría, planificación, regulación, control y gestión de la CID al Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (2016).

Refiriéndonos a los convenios importantes relacionados con el tema de la salud, a pesar de que el Ecuador desarrolló varios con instituciones como el Fondo Global, OPS/OMS, BMI, entre otros, demostró el giro que tuvo la cooperación en esta última década para cubrir programas como VIH/SIDA, inmunizaciones, discapacidad, a través de Cooperación Sur-Sur.

Los cambios realizados contribuyeron a generar procesos de cooperación mejor elaborada y basada en sus propios intereses, a veces más políticos que técnicos.

#### **2.3.4.Relación Cuba-Ecuador: Logros vs Fracasos**

Los convenios de connotación supranacional que más controversia han causado, fueron los realizados con el gobierno cubano, en el cual se trajo en inicio

1000 profesionales (MGI) de la salud para diagnóstico de discapacidad, atención primaria y medicina intercultural.

A posterior se trajeron fisiatras, oncólogos, oftalmólogos, para ampliar la atención, así como el manejo de pie diabético desde la APS,

Los ejes principales para la transformación del sector salud en el Ecuador, fueron la reforma en el propio Ministerio de Salud, que permitió vigorizar su rectoría como autoridad sanitaria y su posicionamiento, a través de su autoridad máxima, con la participación en los foros internacionales, con equipos preparados, lo que proporcionó el reconocimiento de las políticas públicas del país en la agenda global, un trabajo arduo e incansable.

Otro eje fue el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud, cuya implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico (MSP, 2017).

Por esta razón, se suscribieron varios convenios para fortalecer la Estrategia de Atención Primaria en Salud dentro del Modelo de Atención Integral, a través de la asistencia médica a pacientes y asesoría técnica a los equipos, prestada por parte de 200 médicos generales integrales cubanos con categoría docente. Se realizó a su vez, la formación de Técnicos en Atención Primaria, con el mismo fin.

Cuba se convirtió en el principal proveedor de talento humano en salud para cubrir las necesidades de atención en zonas distantes, de allí sale la misión Manuela Espejo a través de la cual se realizó el primer diagnóstico de discapacidad a nivel nacional, la continuidad de este trabajo se complementó a través de la misión Joaquín Gallegos Lara.

Por cada profesional cooperante, Cuba recibía del gobierno ecuatoriano 2641 dólares, y cada uno de ellos recibía a cambio un estipendio de 700 a 800 dólares.

Todos los datos consignados tienen la finalidad de demostrar, que en el Ecuador se avanzó en procesos referentes a la cooperación internacional y que los acuerdos supranacionales fueron estructurados a partir de una visión renovada de integración, al menos en el campo de la salud, lo cual fue reconocido por los organismos internacionales.

Sin embargo la auto designación de “líder mundial” en la cooperación en salud dista mucho de la realidad, puesto que el país a pesar de haber sufrido múltiples reformas, no ha tenido el cambio estructural de peso para alcanzar esta denominación.

Ni las perspectivas tecnocráticas y desarrollistas constituyen per se la base sustancial de un cambio fundamental; existe si procesos renovados en el sector público de salud que han permitido al país dotarse de instrumentos más adecuados para la atención en salud y para incluirse en las agendas de salud global y particularmente de la cooperación Sur-Sur, de una manera más participativa.

#### **2.4. APS: “Más Allá de la estrategia” y el papel de los médico de familia en el marco de las RRII y CID en salud.**

La estrategia de la Atención Primaria de Salud ha ido evolucionando desde su inicio en 1978, allí se definió la APS como el cuidado esencial de la salud basado en métodos científicos, tecnológicos y métodos socialmente aceptados, accesibles a toda persona y familia de una comunidad.

Para los noventa en la APS predominó el diseño y ejecución de un modelo social, cuyo discurso impulso a la salud como un derecho. Desgraciadamente los derechos humanos, en esta perspectiva, se quedaron como un discurso ético y moral, más allá de una propuesta política, con herramientas de gestión y modelos de atención que permitiría comprometer a los estados a la defensa de la salud.

Un movimiento renovado desde OMS/OPS, con la agenda de los ODM, propuso, en el 2005, retomar la atención primaria para intentar nuevamente enfrentar las inequidades en salud. Desde este organismo internacional se divulgó la propuesta de “Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, sin embargo su implementación dependía de la forma en la cual cada país interpretaba la estrategia.

Con el paso de los años, los estados se han visto implicados a cumplir con este ideal, a través de sistemas de salud eficaces, integrados y accesibles, fortaleciendo la perspectiva de la salud como un derecho inalienable; así el derecho a la salud debe contemplar los siguientes elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Por lo tanto la APS ha pasado de ser una estrategia a ser el instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones sanitarias, hacia el consenso global.

Los países del mundo y en especial los de la región latinoamericana, han incluido en sus políticas públicas de salud a la APS como base de los sistemas

sanitarios; estos profesionales han iniciado una gran cruzada, estableciendo reuniones en el marco internacional que van más allá de simples congresos para compartir logros y nuevos conocimientos científicos.

A través de las Cumbres de Medicina Familiar, no solo se han alineado a las agendas internacionales, han presentado casos de éxito, compartido experiencias y comentado preocupaciones, todo ello con la finalidad de enfrentar las necesidades que como posta atrasada deja la salud internacional.

Al contrario de lo señalado, en la Salud Global, los médicos familiares que antes fueron vistos de manera peyorativa, pasaron a ser considerados como un puntal fundamental para la construcción de las estrategias de la atención de salud. Estos médicos, en esta nueva realidad, serán los encargados de defender el derecho al acceso universal a la atención de salud, a la cobertura universal, pero sobre todo a que prevalezca la salud como un bien público mundial que debe ser protegido y cumplido por cada uno de los estados que se encuentran en esta propuesta.

Vamos a destacar en este contexto, y de manera puntual la cumbre de Quito (Abril, 2014) en la cual se firmó la Carta del mismo nombre, no solo por haberse realizado en nuestro territorio, sino por las temáticas que se abordaron en el encuentro denominado “Cobertura Universal, Medicina Familiar y Participación Social”, en la cual 20 países se reunieron para tratar temáticas como: cobertura universal y medicina familiar, participación y comunicación social para medicina familiar y comunitaria y APS, certificación y acreditación profesional, producción y difusión de conocimientos en Iberoamérica. Evento que permitió la firma de la Carta de Quito un compromiso con todas las delegaciones Iberoamericanas.

Este evento tuvo la particularidad de abrir un espacio internacional al Ecuador, favoreció diálogos inter-institucionales, comprometió a los médicos con las realidades internacionales y locales, contribuyó a desarrollar iniciativas para la agenda de salud post-15, y sobretodo demostró que la agenda de Salud Global en Latinoamérica era una realidad, que permitió mirar al pasado para construir hacia el futuro principios renovados, para la APS, que se deben aplicar en el presente.

Todo esto no hace sino demostrarnos que la historia de la humanidad es un proceso que se construye de manera permanente y por aquello, precisamente, hemos querido que esta investigación arranque en los orígenes del pensamiento médico occidental y nos vaya trasladando hacia escenarios diferentes que con el paso de los años fueron capaces de consolidar formas diferentes de hacer el mundo, esto nos

permite demostrar la importancia de los profesionales de la salud en la construcción de políticas públicas nacionales e internacionales.

A partir de esta noción de tiempo y de realidad, nos hemos aproximado a los tiempos modernos en donde la globalización de la salud, ha influido, para que trascendiera de salud internacional a la salud global, que no solo modificó la existencia de la vida de los seres humanos frente a los intereses comerciales, sino que contribuyó a diseñar un mundo más cercano para todos y al propio tiempo más dinámico, con el ideal de hacerlo inequitativo.

De todas maneras creemos que la intención de demostrar que la salud ha sido cambiante también ha ido de la mano con la constatación de los saltos cualitativos del pensamiento médico, de la historia de las ideas al punto que la salud internacional en ese contexto es ya parte del pasado mientras la salud global es el presente que incide en la vida de los pueblos, particularmente de la región Latinoamericana, cuyos espacios unionistas no pueden ser instrumento tan solo para recibir cooperación, sino para generar unidad de los pueblos en la diversidad, para consolidar expectativas propias y alcanzar el espacio internacional con voz propia para construir formas de hacer salud más equitativas e igualitarias en el marco de las relaciones internacionales y de la CID. Pronto el constructor de salud global saldrá de vigencia para ser remplazada por la salud mundial.

## **2.5 ¿Transición o no?**

La salud internacional fue un proceso que surgió con gran impulso. Particularmente en Europa y luego en América – a partir de una serie de acciones para garantizar la actividad comercial de los Estados.

Las conferencias Sanitarias fueron en su momento espacios que demostraron el interés de los países para favorecer normas y determinaciones que cuidaban de las sociedades y de la salud, como un mecanismo que a su vez impedía que junto a las mercancías se eliminen las enfermedades. Fue una forma adicional de cuidar la salud de las poblaciones para el consumo de productos, sin la afectación del mercado.

El desarrollo de las actividades comerciales demandó convenios y acuerdos entre los Estados para precautelar la salud de las poblaciones e impedir la diseminación de las enfermedades infecciosas en específico aquellas que afectaba a nivel de frontera, zonas costeras y de influencia económica.

La configuración geopolítica cambió estableciéndose un mundo bipolar y esta realidad enfrente al mundo y a los intereses del capital junto con los del comercio. Los

países occidentales no solo debieron cuidar sus intereses comerciales en su región de influencia sino actuar en respuesta de los intereses que la propuesta soviética promulgaba, por medio de objetivos comerciales que cambiarían la visión tradicional capitalista en todo el mundo, partiendo de una comprensión distinta del rol de los Estados y del papel de los sujetos.

Con esta convicción lo dicho en el Alma-Ata apareció como una propuesta contrahegemónica a la realidad de ese momento en materia de concepción de lo que significaba el cuidado de la salud y los riesgos de la enfermedad. Esto permitió que la Salud Internacional respondiera a concepciones diversas. Sin embargo salud internacional es sinónimo de pensamiento hegemónico norteamericano, mientras que Alma-Ata representa un pensamiento distinto influenciado por el polo soviético con varias naciones adherentes, dos pensamientos distintos producto de la expresión de concepciones distintas del pensamiento que modificaba el rol de los Estados y la problemática de la salud que estos debían enfrentar.

Está claro que la visión contrahegemónica dio lugar a una posición crítica de la conflictividad estructural provocada por el sistema económico capitalista predominante. Situación que no progresó por el fin de la Guerra Fría y el fortalecimiento de la hegemonía de EE.UU, quién establecería los lineamientos de la estructura internacional con la finalidad de expandir su comercio y fortalecerse como nación. Por lo que la Salud Internacional se mantendría por varios años con la perspectiva de intervención en los países subdesarrollados en beneficio de las hegemonías comerciales.

Al modificarse el modelo de capitalismo alrededor del años 2000, y la presencia fuerte de la globalización, grandes e importantes cambios se presentan en la esfera mundial, esto obliga a que la estructura internacional realice nuevas modificaciones frente al desarrollo e intervención en este ámbito de las economías emergentes, dando lugar a un nuevo sistema económico gobernado por el capitalismo global, el cual gesto su influencia en el área de la salud, transformando los modelos de atención, ya que las nuevas tecnologías y la innovación en los procesos de investigación han construido nuevas preocupaciones no solo para el mercado sino para el rendimiento de los individuos en los sistemas productivos.

Emerge en este contexto la Salud Global, un constructo que se perfecciona a partir del Siglo XX, en la cual se fortalece la CSS y surgen otros procesos contrahegemónicos desde el Sur, entre ellos podemos mencionar al ALBA, permitió



que vía del internacionalismo médico no solo se favoreciera la salud de la región, sino que demostró que pueden construirse alternativas a las concepciones hegemónicas desde latinoamericana. Esta variante de atención de salud trajo consigo una serie de limitaciones y problemas. Que se convirtieron en un reto para la región con el objetivo de cuidar la salud desde una visión de cooperación horizontal, desde convergencias de países con similares necesidades, experiencias e intereses parecidos lejos de los típicos intereses del capital hegemónico.

Durante nuestra investigación hemos notado que el modelo neoliberal expandió sus conceptos e institucionalización de la salud global, frente a esta realidad hemos afirmado que la respuesta contrahegemónica se halla sustentada a su vez de un pensamiento crítico que ha dado paso a la corriente interpretativa entre otras corrientes del pensamiento, que parte desde la comprensión de los problemas de salud basados en la determinación social de salud que no solo explica el problema epidemiológico, sino que su abordaje lo realiza desde la comprensión de la realidad a partir de una epistemología crítica contrahegemónica.

Desde esta visión la Salud Internacional constituye una etapa específica del desarrollo del capitalismo, en medio de una serie de procesos históricos, el colonialismo, la industrialización, el mundo bipolar, la liberación de capitales. Un hecho histórico que marca la transición de paradigma es la caída del muro de Berlín, el cual represento en el final de la Guerra Fría y el inicio de un complejo sistema basado en un capitalismo neoliberal caracterizado por la presencia de la transnacionalización económica e interdependencias de los grandes consorcios de la industria sanitaria, diseñando comportamientos similares y respuestas idénticas a los conflictos de salud enfermedad, homogenizando los problemas y las respuestas.

En este orden de cosas los organismos estatales regionales y mundiales, las agencias de cooperación y las entidades filantrópicas, etc, terminan siendo instrumentos para responder al pensamiento hegemónico. Situación dada en el periodo de la Salud Internacional y presente en momento de la Salud Global.

Visto el panorama de la forma descrita, desde luego evidenciamos un cambio de paradigma entre salud internacional a salud global. Entendido este salto como una forma de respuesta del mundo hegemónico al conflicto de la enfermedad y al protagonismo de las colectividades.

Autores como M. Cueto, A. Franco, así como G. Berlinger, investigadores con conocimientos de salud pública, salud internacional, salud global, globalización, son

citados necesariamente para conocer este devenir de casi 50 años, en los cuales las relaciones internacionales y el campo de la cooperación respondieron a diversos intereses, pero al profundizar encontramos cambios en diversos conceptos, lo que apoyaría nuestra hipótesis de una transición entre Salud Internacional a Salud Global.

Analizar si se dio la transición de Salud Internacional a Salud Global, nos permite conocer las diferencias existentes entre estos dos enfoques en el marco de las relaciones internacionales y de la cooperación en el sector de la salud, nos permite valorar sus ventajas, desventajas, riesgos.

Por lo tanto conforme aumentó la complejidad de los factores supra estructurales, la salud internacional adquirió mayor importancia, ya que estos cambios, afectaron los perfiles epidemiológicos de la población y a su vez produjeron transformaciones en los sistemas de salud, situación que exigía un cambio de paradigma, surgiendo la salud global, una respuesta para un espacio internacional más complejo, que presentaba nuevas necesidades como combatir a las enfermedades emergentes y reemergentes, así como aquellas producto de los nuevos estilos de vida, como las enfermedades crónicas degenerativas, que llevarían a niveles de discapacidad, afectando la productividad de las empresas y convirtiéndose en cargas para los estados.

Por último la transición de paradigma entre salud internacional y salud global, existe y es evidente. Esta transición se produjo en medio de una serie de encuentros en los cuales, se propusieron alternativas para favorecer el nuevo ciclo de atención de la salud y elaborar la Agenda post-2015, la misma que llevaría los nuevos compromisos y la renovación de aquellos establecidos en el Alma Ata, un pensamiento contrahegemónico que se pretende reinsertar en la nueva agenda.

Un giro importante ha tenido lugar en el marco de las relaciones internacionales y la cooperación en salud, en el cual el pensamiento crítico latinoamericana a través del fortalecimiento del estudio, investigación y aplicación de los determinantes sociales de la salud, permite alcanzar una propuesta distinta del abordaje de la salud, renovando el interés por una salud mundial como un derecho inalienable.

### III CONCLUSIONES

1. Contestando a la pregunta central de nuestra investigación podemos decir que si existe una transición entre la salud internacional a la salud global, generando un cambio en las RRII y CID en salud que ha influenciado actualmente en las políticas de salud pública de algunos países latinoamericanos como son :Cuba, Venezuela, Argentina, Ecuador, Brasil, circunstancia que ha traído consigo una competencia entre estos países para ganar espacios dentro del marco internacional, utilizando a la cooperación internacional para el desarrollo en la salud de las Américas, como un mecanismo similar al proceso de la industria de la cooperación tradicional.

2. Podemos afirmar que si existe una transición entre Salud Internacional a Salud Global, dos enfoques que presentan sus propias características, que tienen sus ventajas y desventajas que se hallan imbricadas, cada una de ellas, a un modelo estructural particular. Claro está que la salud global nace como una categoría en el marco de las relaciones internacionales del sector de la salud que responde al modelo de capitalismo global.

3. Los ODM se constituyen en una agenda elaborada por los países pertenecientes a la OCDE, mientras que los ODS es una agenda influenciada por las economías emergentes, que buscan recapitular aquellos valores planteados en el Alma Ata, como es la salud para todos, estrategia que no se logró por la falta del apoyo político. Por lo tanto los ODS han permitido retomar los principios del Alma Ata y persistir en la lucha de la salud como un bien público mundial., para saber si retorno a una visión pasada o se replantearon nuevos valores en las agendas de salud, en el marco de las RRII y la CID, que a su vez han influido en las políticas públicas de los países que los promulgan.

4. Las características de los actuales bloques regionales latinoamericanos son producto de procesos de convergencia, en la región se vive una crisis en los procesos de integración, donde la CAN es el organismo más antiguo y con un importante modelo institucional. Mientras que el ALBA es únicamente un organismo contrahegemónico, discursivo de los países que lo conforman. UNASUR, mientras tanto es una de las convergencias de la región en el cuál se genera una nueva diplomacia para la salud. Es aquí donde los Institutos de Investigación de los países que lo conforman emplean en alguna medida los determinantes sociales como una herramienta, para conocer el fenómeno de la salud-enfermedad, así como desarrollar

medidas que permitan la lucha contra la pobreza y las inequidades, incorporando en estas acciones a importantes grupos sociales.

5. Es evidente el resurgir de la Cooperación Sur- Sur en el campo de la salud, a manera de movimiento solidario de los pueblos del sur (Cuba, Ecuador, Venezuela, Brasil, Argentina), como una herramienta para enfrentar sus necesidades de desarrollo, y de cobertura de la salud, dentro este contexto la “eficacia” de la ayuda, no ha sido comprobada en su totalidad.

6. Al Estado cubano se lo denomina como el Gold Standard de la APS, producto de los resultados que su modelo de atención ha logrado. En el campo internacional ha podido posicionarse a través de la internacionalización de sus misiones, las mismas que constituyen la transferencia de un modelo conceptual que promulga Cuba. Estas misiones en América Latina han sido de gran importancia.

7. La APS, es la base de los sistemas de salud, es más que una estrategia, constituye un modelo de atención de salud que requiere de médicos especialistas como son los de medicina familiar. Estos especialistas han logrado incursionar al espacio internacional, a través de las Cumbres Iberoamericanas de medicina familiar, permitiendo que los médicos retomen su rol en el marco de las relaciones internacionales y de la cooperación en salud.

8. La salud internacional se desarrolló a partir de la industrialización de Europa y fue a la par del desarrollo del capitalismo comercial. Las acciones de la Salud Internacional, por lo tanto, en gran parte estuvieron orientadas a precautelar el comercio entre los países. En este contexto el Alma -Ata debe ser comprendido como una propuesta contrahegemónica dentro de la salud internacional.

9. La salud global se desarrolló con la supresión del mundo bipolar creció en medio de una propuesta hegemónica que derivó en el neoliberalismo. Su desarrollo ha sido desigual en los diversos rincones del planeta debido a los intereses contrapuestos existentes al interior del sistema hegemónico, lo cual se expresa en la asimetría de los modelos de integración existentes en el mundo. En efecto, el mundo vive un proceso de globalización de la salud. Se ha llegado a ese modelo luego de que el pensamiento epistemológico en salud transitara por etapas diversas –incluso que podrían ser llamadas primarias- y en ese contexto las formas de atención en salud han sido múltiples, disimiles y hasta contradictorias, debido a que el pensamiento médico ha ido de la mano con las estructuras sociales y con la evolución, lenta pero ascendente de la historia de las ideas.

10. Por ello, y a manera de ejemplo, el pensamiento médico griego no puede ser mirado como ínfimo en la escala de valores de la estructuración de las ideas, sino como un punto de partida de la organización social, mientras que el hacer médico atado en primer lugar a la Salud Internacional y, luego, a la Salud Global, tan solo demuestra correspondencia del pensamiento médico a un momento determinado de la evolución de las estructuras económico-sociales.

11. En el contexto de la denominada Salud Internacional, tema sustantivo de este trabajo, se desarrolló la cooperación Norte-Sur condicionada por una relación bilateral y vertical entre los países oferentes y los países receptores de las ayudas. Esta circunstancia se produjo a consecuencia de la visión eurocéntrica, en unos casos y, en otras oportunidades, a causa de las conductas hegemónicas de los países que proveen las ayudas de la cooperación en relación al Sur, todo lo cual no permitió que se atendieran adecuadamente las necesidades reales de nuestros pueblos. Esta distorsión se produjo, adicionalmente, debido a la fragilidad en nuestra área de los organismos de integración, cuya esencia estuvo en fortalecer los vínculos comerciales, sin comprender adecuadamente su rol para favorecer los intereses de la base poblacional, como es el derecho a la salud.

12. La crisis financiera mundial, los desajustes y nuevos ordenamientos en la geopolítica y la geo-economía mundiales, configuraron un escenario de crisis de la OCDE. En este contexto los BRICS fueron ocupando los espacios financieros internacionales con la finalidad de desarrollar influencia, especialmente, en los países del Sur. Para dar cabida a esta nueva realidad, los organismos unionistas del Sur generaron una relación cada vez más creciente con los BRICS, lo cual permitió dar curso a una cooperación Sur-Sur que en materia de salud tuvo sus propias particularidades.

13. A pesar de las políticas del Ecuador para alinearse a las agendas internacionales en el periodo de la Salud Global no logró los apoyos necesarios ni tuvo en este contexto el liderazgo del que tanto se ha hablado en la región.

14. El hacer médico atado en primer lugar a la Salud Internacional y, luego, a la Salud Global, tan solo demuestra correspondencia del pensamiento médico a un momento determinado de la evolución de las estructuras económico-sociales.

15. En el contexto de la denominada Salud Internacional, tema sustantivo de este trabajo, se desarrolló la cooperación Norte-Sur condicionada por una relación bilateral y vertical entre los países oferentes y los países receptores de las ayudas. Esta

circunstancia se produjo a consecuencia de la visión eurocéntrica, en unos casos y, en otras oportunidades, a causa de las conductas hegemónicas de los países que proveen las ayudas de la cooperación en relación al Sur, todo lo cual no permitió que se atendieran adecuadamente las necesidades reales de nuestros pueblos. Esta distorsión se produjo, adicionalmente, debido a la fragilidad en nuestra área de los organismos de integración, cuya esencia estuvo en fortalecer los vínculos comerciales, sin comprender adecuadamente su rol para favorecer los intereses de la base poblacional, como es el derecho a la salud.

16. La crisis financiera mundial, los desajustes y nuevos ordenamientos en la geopolítica y la geo-economía mundiales, configuraron un escenario de crisis de la OCDE. En este contexto los BRICS fueron ocupando los espacios financieros internacionales con la finalidad de desarrollar influencia, especialmente, en los países del Sur. Para dar cabida a esta nueva realidad, los organismos unionistas del Sur generaron una relación cada vez más creciente con los BRICS, lo cual permitió dar curso a una cooperación Sur-Sur que en materia de salud tuvo sus propias particularidades.

17. La prestación de servicios mediante las misiones que en el caso cubano ha sido denominada como si fuera un paradigma en la cooperación, más allá de las dudas que esta forma de apoyo y que bien podría ser comprendida como “ayuda atada”. Ahora bien, la importancia de las misiones cubanas radicó en que el profesional de la Isla, médico general integral, gracias a su formación orientada a procesos de promoción y prevención de la salud contribuyeron a tareas que solventan el déficit de profesionales sanitarios en el país receptor para atender los conflictos salud-enfermedad.

#### IV BIBLIOGRAFIA

- Albanés Juan, Salud Global, La OMS y la Transición de la Salud Internacional a la Salud Global, Medical Affairs, 2014.
- Alfaro, JuanC., Mundo Unipolar o Multipolar, America Latina en Movimiento, 2018. [www.allainet.org](http://www.allainet.org) 16/01/2018.
- Bernal-Meza, Raúl; “*América Latina en la economía política mundial*”. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano, 1994.
- Breilh Jaime e Tillerías Ylonka, Aceleración Global y Despojo en Ecuador, UASB-Abya Yala, 2009, 201.
- Breilh Jaime Espejo, Adelantado de la Ciencia Crítica, UASB, Biblioteca Ecuatoriana de Ciencias, Corporación Editora Nacional, (5), 2016.
- Breilh Jaime, Epidemiología Crítica, Lugar Editorial S.A., Buenos Aires Argentina, 2003, 317.
- Berlinguer, Giovanni, La Salud Global, Bioética Cotidiana Siglo XXI, México 2002; Pags. 175-223
- Brito E. Pedro, La Cooperación Internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global; Rev. Cubana Salud Pública, 2014; 40.
- Caponi Sandra, Cordenadas epistemológicas de la Medicina Tropical. Historia Cincias, Salud, Manguinhos, 2004, 10(1) 113-149.
- Cueto Marcos, “*Historia, Salud y Globalización*”, Universidad Peruana Cayetano Heredia, IEP, Perú, Agosto 2006.
- Cuencaya Miguel Ange, Puebla de los Ángeles en tiempos de una peste colonial, Crisis de la Modernidad, Colegio de Michoacan, México, 1999.
- Dominguez Martin Rafael, La Salud como bien público global en la agenda de Desarrollo post-2015, RevSalJal, N°3, Sep-Dic, 2015.
- Domínguez Martin Rafael; Perspectivas de la cooperación internacional y el desarrollo sostenible después de 2015; Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo, Volc. 1, N°2. (2014). Págs. 5- 32
- Eslava Juan Carlos, *El influjo norteamericano en el desarrollo de la salud pública en Colombia*, Coordenadas Epistemológicas, vol. 10(1):113-49, jan.-abr. 2003 119
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, “*Globalización y Salud*” Madrid 2005.
- Franco Giraldo Álvaro, “*Salud Global, política pública, derechos sociales y globalidad*”. Universidad de Antioquia, Colombia, 2010

- FrancoAlvaro, “*Globalizar la Salud*”, Universidad de Antioquia, Gaceta Sanitaria, 2003;17,157-63
- Luchetti Javier, “*Un camino más hacia la integración en el sur de América: La Comunidad Sudamericana de Naciones*”, Instituto de Relaciones Internacionales, UNLP, La Plata, 2007
- López Arellano Oliva Peña Saint Martín Florencia, Temas y Debates, Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano, Medicina Social (www.medicinasocial.info) volumen 1, número 3, diciembre 2006. Págs2-102
- Malamud Carlos, Integración y cooperación regional en América Latina: diagnóstico y propuestas Documento de trabajo Real Instituto, EL CANO,15/2015 - 26/10/2015
- Masclans Jordi; GalimanyGirbau M<sup>a</sup> Rosa, “*Globalización y salud*”, Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, (1), Barcelona, 2009.
- Mateos Jimenez, Juan B.,2005
- Marimón Torres Nestor, “*Abordaje a nivel internacional de las determinantes sociales de la salud*” Experiencias de Cuba, 15.Ministerio de Salud Pública, Memorias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba 2012. Caballero González José Emilio: Proyecto “*Mais Médicos para Brasil*”: nueva modalidad de colaboración cubana en el exterior EDUMECENTRO 2015; Santa Clara ene.-mar.
- Marimón Torres Nestor; Martínez Cruz Evelin” *Globalización, salud y solidaridad: una visión diferente*”,Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba, 2008
- MarimónNestor,” *Experiencia cubana en Cooperación Sur-Sur* “SIMPOSIO ROBERTO PEREDA CHÁVEZ IN MEMORIAM Revista Cubana de Salud Pública 2011; 380-393
- Meza, Raúl; “*Sistema Mundial*” y *Mercosur*. Globalización, Regionalismo y Políticas Exteriores Comparadas. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano, 2000.
- Ministerio de Salud Pública Ecuador, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS, Ecuador 2013.
- OMC, *Los acuerdos de la OMC y la salud pública, Estudio conjunto con OMS y la secretaría de la OMC*, OMC; 2002.
- OMS, Declaración de Alma Ata, Conferencias Internacionales sobre Atención Primaria de Salud, Alma –Ata, URSS, 6-12de Septiembre de 1978, Ginebra.
- Pastor Castell-FloritSerrate, *80 Aniversario de Escuela Nacional de Salud Pública*, Revista Cubana de Salud Pública. 2009.
- Rodas Ch. Germán,Pensamiento Médico, UASB, 13 ediciones,Quito,2017,149.



- Reyes Díaz Wilfrido Dimas, “*Experiencia e impacto del trabajo de la brigada médica en el sur de Honduras*”, Centro Municipal de Higiene Epidemiología y Microbiología. Nuevitas, Cuba.
- Ruger, JenniferP, *Historia, Salud y Globalización*, El Rol cambiante del Banco Mundial en la Salud Globa , Universidad Peruana Cayetano Heredia, IEP, Perú , Agosto 2006; p.103-132
- Samir Amin, Los Desafíos de la Mundialización, 1999.
- SEMPLADES, Cambio de paradigma del Desarrollo, al buen vivir, inferencias en el sector de la salud, reingenierira del SNS en el Ecuador, 2006-2012.
- Solimano Giorgio; Valdivia Leonel, “*Salud Global en las instituciones académicas latinoamericanas: hacia un desarrollo e identidad propia*”, Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.2, p.357-365, 2014
- SotoEnrique,RodríguezAlarico,AcuñaRicardo,”*MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD*” (II) Agenda Uruguay 2020,SMU, Uruguay; Ediciones Santillana,2007;p. 110 - 128

#### 4.1. Bibliografía de páginas web

- Acción Parlamentaria por el derecho a la Universalización del derecho a la salud, “*La migración de personal de salud: Un fenómeno que incide en la salud global*” Intergrupo Salud, 2017,<http://intergruposalud.es/wp-content/uploads/2013/12/Migraci%C3%B3n-del-personal-de-salud.pdf>
- CAN, *Comunidad Andina De Naciones*, América Económica, Comunidad Andina Naciones, CAN 2017,<http://www.americaeconomica.com/zonas/can.htm>
- Caponi, Sandra. (2003). Coordinadas epistemológicas de la medicina tropical. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* , 10 (1), 113-149. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000100004>
- CELAC, ¿*Qué es la CELAC?*,<http://www.sela.org/celac/quienes-somos/que-es-la-celac/>, CELAC 2017.
- CELAC, Preauditorias, Centro Lationamericano de Certificación, CELAC 2017, <http://www.celac.co/pre-auditoria-especializada.htm>
- Fraga Daniel, “Procesamiento de Normas en el MERCOSUR – El caso : SALUD”, Secretaria Administrativa, Mercosur, 2001 <http://crics5.bvsalud.org/E/grupos/grupo1/Fraga.pdf>
- Fernandez José Hugo, Brasil compra esclavos de batas blancas, CUBANET, junio 7, 2013 , <http://www.cubanet.org/articulos/brasil-compra-esclavos-de-batas-blancas/> <http://crics5.bvsalud.org/E/grupos/grupo1/Fraga.pdf>
- *ElTelegrafo*, “*La CAN Privilegia la seguridad de la salud y el medio ambiente*”, Noticias, Economía, El Telegrafo, 04 Junio 2012 00:00<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/economia/8/lacanprivilegia-la-seguridad-la-salud-y-el-medio-ambiente>,
- El Universo, “*Cuba recibe los salarios de los médicos que ‘exporta’ al Ecuador*”, Lunes, 12 de enero, 2015, <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/01/12/nota/4427616/cuba-recibe-salarios-medicos-que-exporta-pais>

- Mercosur, “En pocas palabras”, <http://www.mercosur.int/innovaportal/v/3862/2/innova.front/en-pocas-palabras> Mercosur, 2017.
- Medicina Social volumen 1, número 3, diciembre 2006 – 88, (www.medicinasocial.info)
- Ministerio de Salud Pública, “*Ecuador firma cinco convenios de salud con Cuba*”, 02 de Julio de 2014 - 18h32, <http://www.salud.gob.ec/ecuador-firma-cinco-convenios-de-salud-con-cuba/>
- OMS. “*Declaración de Alma Ata*”. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 Ginebra: OMS, 1978. [www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)
- Ramos Gaby, “*EL ejercito de Batas Blancas Ayuda a la humanidad*”, La voz Sandinista, <http://www.lavozdelsandinismo.com/internacionales/2014-09-14/ejercito-de-batas-blancas-cubanas-ayuda-la-humanidad/14/09/2014>